रजिस्ट्री सं. डी.एल.- 33002/99

भारत सरकार GOVERNMENT OF INDIA



एस.जी.-डी.एल.-अ.-23102024-258175 SG-DL-E-23102024-258175

असाधारण EXTRAORDINARY

प्राधिकार से प्रकाशित PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 257] No. 257] दिल्ली, मंगलवार, अक्तूबर 15, 2024/आश्विन 23, 1946

DELHI, TUESDAY, OCTOBER 15, 2024/ASHVINA 23, 1946

[रा.रा.रा.क्षे.दि. सं. 219

[N. C. T. D. No. 219

भाग IV PART IV

राष्ट्रीय राजधानी राज्य क्षेत्र दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF THE NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

अर्थ एवं सांख्यिकी निदेशालय तथा मुख्य पंजीकार (जन्म एवं मृत्यु) कार्यालय अधिसूचना

दिल्ली, 11 अक्तूबर, 2024

- सं. फा. एफ.4(43)/जीवनांक/असिन/2024/5773.—जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रीकरण अधिनियम,1969 (1969 का अधिनियम संख्यांक 18) की धारा 30 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए दिल्ली राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार के उप-राज्यपाल केंद्रीय सरकार के अनुमोदन से दिल्ली जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रीकरण नियम,1999 का संशोधन करने के लिए जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 बनाते हैं, अर्थातु:-
- 1.(1)इन नियमों का संक्षिप्त नाम दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 है।
- (2)ये राजपत्र में उनके प्रकाशन की तारीख को प्रवृत्त होंगे।
- 2. दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियम,1999 (जिसे इसमें इसके पश्चात् मूल नियम कहा गया है) के नियम 5 के उपनियम (3) के पश्चात् निम्नलिखित उपनियम अंतःस्थापित किए जाएंगे, अर्थात्:-
 - "(4) दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 में निर्दिष्ट प्ररूपों में नाम जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम)(मध्य नाम)(अंतिम नाम)के प्ररूप में दिया जाएगा और नाम में कोई संक्षेपांक्षर अंतर्विष्ट नहीं होंगे ।

6724 DG/2024 (1)

- (5)दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम,2024 में निर्दिष्ट प्ररूपों में तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-मास-वर्ष के प्ररूप में दी जाएगी,जिसमें दिन को दो अंकों में, मास को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जाएगा।
- (6)दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 में निर्दिष्ट प्ररूपों में पता में राज्य या संघ राज्यक्षेत्र का नाम, जिला, उपजिला, नगर या गाँव, वार्ड संख्या (नगर की दशा में और यदि उपलब्ध हों),मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड, अंतर्विष्ट होगा।"।

3. मूल नियमों के नियम 7 में,-

- (क) पार्श्व शीर्ष में "धारा 10(3)" शब्द, अंक और कोष्ठक के स्थान पर "धारा 10 की उपधारा (2) और उपधारा (3)" शब्द, अंक और कोष्ठक रखे जाएंगे ;
- (ख) "मृत्यु के कारण का प्रमाणपत्र" शब्दों के पश्चात् "जिसके अन्तर्गत बीमारी का वृतांत यदि कोई हो" शब्द अंतःस्थापित किए जाएंगे ;
- (ग) "उपधारा (3)" शब्द, कोष्ठक और अंक के स्थान पर "उपधारा (2) और उपधारा (3)" शब्द, कोष्ठक और अंक रखे जाएंगे :
- (घ) "प्ररूप सं. 4 अथवा 4क" शब्द, अंक और अक्षर के स्थान पर "क्रमशः प्ररूप सं. 4 और प्ररूप सं. 4क" शब्द, अंक और अक्षर रखे जाएंगे।

4. मूल नियमों के नियम 8 में,-

(क) पार्श्व शीर्ष में "पंजीकरण की प्रविष्टियों के उद्धरण का दिया जाना" शब्दों के स्थान पर "जन्म या मृत्यु रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र का दिया जाना," शब्द रखे जाएंगे ;

(ख) उपनियम (1) में,-

- (i) "दी जाने वाली प्रविष्टियों के ब्यौरे का उद्धरण" शब्दों के स्थान पर "उद्धृत जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र" शब्द रखे जाएंगे ;
- (ii) "सूचना देने वाले प्रविष्टियों का ब्यौरा व्यक्तियों के" शब्दों के स्थान पर, "सूचना देने वाले व्यक्तियों को इलैक्ट्रानिक रूप से या अन्यथा," शब्द अंतःस्थापित किए जाएंगे;
- (ग) उपनियम (2) के स्थान पर, निम्नलिखित उपनियम रखा जाएगा ,अर्थात्:-
 - "(2) धारा (8)की उपधारा (1) के, यथास्थिति, खंड (क),(कक),(कख)और (कग) में निर्दिष्ट यथास्थिति, जन्म और मृत्यु की निवासीय घटनाओं की दशा में, जो सीधे जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रार को रिपोर्ट की जाती हैं,यथास्थिति, घर या गृहस्थी के मुखिया, या उसकी अनुपस्थिति में, घर में उपस्थित मुखिया का निकटतम रिश्तेदार या उसकी अनुपस्थिति में उपस्थित सबसे बड़ा वयस्क व्यक्ति, दत्तक ग्रहण करने वाले माता-पिता, माता-पिता, और जैविक माता-पिता, रिपोर्ट किए जाने के तीस दिन के भीतर रिजस्ट्रार से इलैक्ट्रानिक रूप से या अन्यथा, जन्म या मृत्यु का प्रमाणपत्र प्राप्त कर सकेंगे।";

(घ) उपनियम (3) में,-

- (i) "उपलब्ध करायेगा" शब्दों के स्थान पर ,"इलैक्ट्रानिक रूप से या अन्यथा उपलब्ध करायेगा" शब्द रखे जाएंगे;
- (ii) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर, "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा;
- (iii) "नजदीकी रिश्तेदार" शब्दों के पश्चात ,"या उसकी अनुपस्थिति में उपस्थित सबसे बड़ा वयस्क व्यक्ति" शब्द अन्तःस्थापित किए जाएंगे;

(ङ)उपनियम (4)में ,-

- (i) "खंड (ख) से (ङ) तक संस्थाओ मे हुये जन्म, मृत्यु" शब्दों,कोष्ठकों और अक्षर के स्थान पर " खंड (ख) से (ङ)और (घक), (घख) और (घग) में निर्दिष्ट संस्थागत यथास्थिति, जन्म और मृत्यु,"शब्द, कोष्ठक और अक्षर रखे जाएंगे;
- (ii) "प्राप्त" शब्द के स्थान पर "इलैक्ट्रोनिकी रूप से या अन्यथा अभिप्राप्त" शब्द रखे जाएंगे;
- (iii) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा;
- (च) उपनियम (5) में "उद्धरण" शब्द के स्थान पर "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा ।
- 5. मूल नियमों के नियम 9 में,-

- (क) उपनियम (1) में "दो रुपए" शब्दों के स्थान पर "बीस रुपए" शब्द रखे जाएंगे ;
- (ख) उपनियम (2) और उपनियम (3) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखे जाएंगे,अर्थात् :-
 - "(2)जिस जन्म या मृत्यु की विलम्बित सूचना उसके होने के तीस दिन के पश्चात किन्तु एक वर्ष के भीतर, रिजस्ट्रार को दी जाए वह केवल जिला रिजस्ट्रार या इस निमित्त विहित अधिकारी की लिखित अनुज्ञा पर और पचास रुपए की विलंब फीस के संदाय पर तथा प्ररूप सं.14 में स्व-अनुप्रमाणित दस्तावेज को इलैक्ट्रोनिकी रूप से या अन्यथा प्रस्तुत करने पर रिजस्ट्रीकृत की जाएगी।
 - (3)जिस जन्म या मृत्यु की विलम्बित सूचना उसके होने के एक वर्ष बाद रजिस्ट्रार को दी जाती है वह, उस क्षेत्र में जिस स्थान पर जन्म या मृत्यु हुई है, अधिकारिता रखने वाले केवल जिला मजिस्ट्रेट या उपखंड मजिस्ट्रेट या जिला मजिस्ट्रेट द्वारा प्राधिकृत कार्यपालक मजिस्ट्रेट द्वारा किए गए आदेश पर एक सौ रुपए की विलंब फीस के संदाय पर रजिस्ट्रीकृत की जाएगी।"।
- 6.मूल नियमों के नियम 12 में, "प्ररूप सं. 1" शब्दों और अंक के पश्चात्, "1क" अंक और अक्षर अंतःस्थापित किया जाएगा। 7. मूल नियमों के नियम 13 में,-
 - (क) उपनियम (1) में,-
 - (i) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर ,"जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र" शब्द रखे जाएंगे;
 - (ii) "धारा 17 के अधीन" शब्दों और अंकों के पश्चात् "इलैक्ट्रोनिकी रूप से या अन्यथा," शब्द और अंक अंतःस्थापित किए जाएंगे;
 - (iii) "रु." शब्द के स्थान पर, "रुपए" शब्द रखा जाएगा;
 - (iv) "2.00" अंकों के स्थान पर जहां कहीं वे आते हैं क्रमशः "20.00" अंक रखे जाएंगे;
 - (v) खंड (ग) में,-
 - (I) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर, "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा;
 - (II) "5.00" अंकों के स्थान पर "50.00" अंक रखा जाएगा;
 - (ख) उपनियम (2) में "जन्म या मृत्यु के संबंध में ऐसा कोई उद्धरण" शब्दों के स्थान पर "जन्म या मृत्यु के संबंध में धारा 17 के अधीन जन्म या मृत्यु से संबंधित रजिस्टर से उद्धरण के आधार पर प्रमाणपत्र" शब्द और अंक रखे जाएंगे;
 - (ग) उपनियम (4) में, "उद्धरण" शब्द के स्थान पर, "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा।
- 8. मूल नियमों के नियम 16 के उपनियम (2) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखा जाएगा, अर्थात्:-
 - "(2)ऐसा कोई अपराध ऐसी राशि के संदाय पर जो धारा 23 की उपधारा (1), उपधारा (2) और उपधारा (4) के अधीन अपराधों के लिए दो सौ पचास रुपए, उपधारा (3) के अधीन अपराधों के लिए पचास रुपए, तथा उपधारा (1क) और उपधारा (4क) के अधीन प्रत्येक जन्म या मृत्यु के संबंध में अपराधों के लिए एक हज़ार रुपए से अनिधिक होगी, प्रशमन किया जा सकेगा, जैसा उक्त अधिकारी ठीक समझे।"।
- 9. मूल नियमों के नियम 16 के पश्चात्, निम्नलिखित नियम अंतःस्थापित किया जाएगा, अर्थात्:-
 - "16क. अपील-धारा 25क की उपधारा (1) के अधीन अपील प्ररूप सं.15 में प्रस्तुत की जाएगी।"
- 10. मूल नियमों के नियम 17 में,-
 - (क) उपनियम (2) में, "अधिनियम की धारा 13 के अधीन रजिस्ट्रार द्वारा प्राप्त विलंबित रजिस्ट्रीकरण की अनुमित देने से संबन्धित न्यायालय के आदेश तथा विनिर्दिष्ट प्राधिकारी के आदेश" शब्दों और अंकों के स्थान पर "रजिस्ट्रार द्वारा प्राप्त धारा 13 की उपधारा (2) के अधीन अनुदत्त अनुज्ञा तथा धारा 13 की उपधारा (3) के अधीन विलंबित रजिस्ट्रीकरण के लिए जारी आदेश" शब्द, अंक और कोष्ठक रखे जाएंगे;
 - (ख) उपनियम (3) में, "उपधारा (3)" शब्दों, कोष्ठक और अंक के स्थान पर, "उपधारा (2) और उपधारा (3)" शब्द, कोष्ठक और अंक रखे जाएंगे।
- 11. मूल नियमों में, प्ररूप 1, 1क, 2, 3, 4, 4क, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 और 13 के स्थान पर निम्नलिखित प्ररूप रखे जाएंगे, अर्थात्:-

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 1 फॉर्म संख्या 1 (नियम 5 देखें) (नियम 5 देखें) जन्म प्रतिवेदन जन्म प्रतिवेदन सांख्यिकीय सूचनाएं [निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें] विधिक सूचनाएं [निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें] यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए इस हिस्से को अलग करके सांब्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए *मूचनार्थी द्वारा भरा* जाए सचनार्थी द्वारा भरा जाए जन्म तिथि : 10. माता के निवास का शहर या गांव (यह स्थान जहां माता प्राय, रहती है। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां जन्म हुआ हो, उचित प्रविधि "जहर" या "गांव" पर निधान लगाएं और उसका नाम निर्खो: 1. D D - M M - Y **लिंग** ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) : 2. बन्ने का विवरण (यदि नाम नहीं है तो आली छोड़ दें) :-उप-जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: 3. नाम (यदि कोई हो): First Name Middle Nar (事) पिन कोड भैजा आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): (ভ) धर्म के लिए [उचित धर्म "हिन्दू" या "मुस्लिम" या "ईसाई" या "सिख" वा 11. निर् पिता का विवरण -4. "बौद्ध" या "जैन" या "अन्य" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ट करें)] (布) पिताकाधर्मः (事) 15 (ৰ) माना का धर्मः आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): VH tent (语) मोबाइल नं. : 12. पिता की शिक्षा का स्तर: (ग) र्द-मेल आर्ददीः (甲) 13. माता की शिक्षा का स्तर: मांख्यिकीय 5. 14. पिता का व्यवसाय: (事) 15. माता का व्यवसाय • आधार संख्या(यदि उपलब्ध हो): (国) विवाह के समय माता की आयु (पूर्ण वर्षों में) (यदि एक से अधिक बार विवाह हुआ हो तो प्रथम विवाह के समय की आयु लिखी जाए।) 16. अंद (ग) मोबाइल नं. : ई-मेल आईडी: (甲) ALL MAIN माता की आय (पर्ण वर्षों में) इस जन्म के समय 17. बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता: मकान नं. : 6. इस बच्चे सहित माता के जीवित पैदा हुए बच्चों की संख्या: (जीवित पैदा हुए बच्चों की संख्या में पहले विवाह से जन्मे बच्चे को भी शामिल किया जाये (यदि मोहल्लाः बार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): किया 18. उप-जिला: जिला: शहर या गाँव: अलग राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: 19. बच्चे के जन्म के समय सहायक (निम्न में से किसी एक पर सही निशात लगाएं): माता-पिता का स्थायी पता: 7. संस्थागत-सरकारी मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): संस्थागत - निजी या गैर सरकारी शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: 3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित सहायक जन्म के समय परम्परागत सहायक राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: रिश्तेदार या अन्य **णन्म स्थान (**तिच्च में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता 8. जन्म की विधि (निम्न में से किसी एक पर सही का निशान लगाएं): या "घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ): 20. 1. अस्पतान/संस्थात नास ' ऑपरेशन दारा फोरसेप्स/वैक्यूम 3. अन्य स्थान: पता: मकान नं.: 2. ur: जन्म के समय वजन (कि.ग्रा. में) (यदि उपलब्ध हो): वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): मोजल्लाः 21. शहर या गाँव: उप-जिला: जिलाः गर्भधारण की अवधि (सप्ताह में) : 22. राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: सचनादाता का विवरण: 9. (本) आधार संख्या(यदि उपलब्ध हो): (অ) (एक से अधिक जन्म के मामले में, प्रत्येक बच्चे के लिए एक अलग फॉर्म भरें और बाई ओर नीचे दिए गए वॉक्स में टिप्पणी कॉलम में, जैसी भी स्थिति मोवाइल तं. : (ग) हो, 'जुड़वा जन्म' या 'तीन जन्म' आदि निखें।) ईमेल आईडी: (甲) पता: मकान नं.: (三) वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) : मोहल्ला: शहर या गाँव : उप-जिला : जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड: घोषणाः 🔲 मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सञ्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत ज्ञानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, में आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूं। (कॉलम 1 से 22 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा) दिनांक: (भरे जाने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब बाई ओर हस्ताक्षर करें) सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान पंजीकार द्वारा भरा जाये कोड संख्या पंजीकरण संख्या : पंजीकरण तिथि : DD - MM - YYYY उप जिला पंजीकरण इकाई : शहर/ गांव: शहर/गांव : पंजीकरण इकाई उप जिला : पंजीकरण संख्या : DD - MM - V Y Y पंजीकरण तिथि ज़िला: टिप्पणी (बदि कोई हो):

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

फॉर्म 1 : जन्म प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश										
	दिनांक, जहां र्भ	दिनांक, जहां भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनांक है, mm दो अंकों में महीना है									
1	और yyyy चार	और yyyy चार अंकों में वर्ष है। जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 को एक									
1	जनवरी दो हज	ार तेईस लिखा जा	एगा। दिनांक और अन्य	संख्यात्मक प्रविष्टियाँ रिकॉर्ड करने	के लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे						
	22	5,7,8,9 का उपयो		TOOL AND SOUTH SOUTH THE SOUTH AND THE SOUTH SOU	Section (Section Management) Section (Section Section						
2	"पुरुष" या "महि	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें I									
3,4,5,9	ा है जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम या [अंतिम नाम] में कम से कम										
	BOOM CHOICE STATES INC. 1			कता है। हालाँकि, पंजीकरण के 12	महीने के भीतर बच्चे का नाम						
	-		य नियमों के नियम 10 है	- Control							
6,7,8,9	- CONTROL - 100 -	The Control of the Control of the Control		जिला, उप-जिला, शहर या गांव,	वार्ड नंबर (शहर के मामले में,						
0,1,0,0			न नं और पिन कोड शारि	मेल होगा।							
			ष्टि पर निशान लगाएं								
	1. अस्पताल/सं	स्थान									
8	2. घर										
	3.अन्य स्थान										
	"अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ।										
10				प्राय: रहती है। यह उस स्थान से भि	न्न हो सकता है जहां जन्म हुआ						
10		ा लिखा जाना आव									
	123	– निम्नलिखित में र ा	T		I 3 0 0 1						
	1. पूर्व- प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/पूर्व-स्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर						
	2. कक्षा 1	7. कक्षा 6	12. कक्षा 11	17. पीजी डिप्लोमा	22. निरक्षर						
12,13	3. कक्षा 2	8. कक्षा 7	13. कक्षा 12	18. मास्टर / स्नातकोत्तर							
12,10	4. कक्षा 3	9. कक्षा 8	14. आईटीआई	19. एम.फिल							
	5. कक्षा 4	10. कक्षा 9	15. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर							
	(शिक्षा का पूर्ण स्तर लिखें, उदाहरण के लिए यदि सातवीं कक्षा तक पढ़ाई की है, लेकिन केवल छठी कक्षा उत्तीर्ण की है, तो छठी कक्षा लिखें)										
	व्यवसाय - निम्न	प्रतिखित में से एक	लिखें-								
	1. कृपक										
	2. खेतिहर मजदूर										
	3. दैनिक बेतन भोगी (खेतिहर मजदूर के अलावा)										
	4. एकल/	4. एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्वरोजगार									
14, 15	5. नियोक्ता										
	1000 N AV WAR	ा री कर्मचारी									
	0.00 (Marketon)	राजातारा कर्मचारी (घरेलू स	ब्रायक के अलावा\								
		9334 8349	(i i i i i i i i i i i i i i i i i i i								
	8. घरेलू ।	100									
	9. गैर-क	मचारा									

ध्यान दें: सूचना देने वाले को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि जन्म प्रतिवेदन फॉर्म में कोई भी विषय जहां तक संभव हो, खाली न छोड़ा जाए।

	राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार				ब्रानीक्षेत्र, दिल्लीस विकासिकसम्बद्धाः	
	फॉर्म संख्या 1क (विधिक सूचनाएं) (नियम 5 देखें) दत्तक बच्चे का जन्म सूचना प्रतिवेदन			फॉर्म संख्या 1क (सां दत्तक बच्चे	ाष्ट्रवकाय सूचना छ (हा जन्म सूचना प्रति	
	[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें] यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए		an fi		लिए पिछला भाग व	इंखें] गकेलिए भेजाजाए
	यह भाग जन्म राजस्टर में आहा जाए सूचनार्थी द्वारा घरा जाए		54 19	सूचनार्थी द्वारा भ		कालय मजा जाय
1*.	जन्म तिथि : D D - M M - Y Y Y Y			***************************************	13.500-1-10.40	
2*.	र्लिंग ("पुरष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :		14.			'मुस्लिम" या "ईसाई" या
3.	बच्चे का विवरण (यदि दत्तक ग्रहण करने पर नाम बदना गया हो, तो नया नाम निखें) : बच्चे का नाम : First Name Midde Name Last Name			"सिख" या "बोद्ध करें)]	'या "जैन" या "अन्य	" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ट
(年)				(4.4.)]		
(個)	आधार मंख्या (यदि उपलब्ध हो) :		(年)	दत्तक पिताकाध	र्म:	
4*.	माता का विवरण (यदि शात हो) : नाम : First Name Middle Name Last Name		(祖)	दलक माता का ध	र्म :	
(a)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :		X-1			
(ख) (ग)	मोबाइल नं :		15.	दत्तक पिताकी वि	शक्षाकास्तर:	
(¹)	र्डमेल आईडी :		16.	दतक माता की वि	भेक्षा का स्तर:	
5*.	पिता का विवरण (यदि ज्ञात हो) :			0		
(ক)	नाम : First Name Middle Name Last Name		17.	दत्तक पिताकाळ	विसाय:	
(e)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :		18.	दत्तक माता का व	प्यसाय:	
(ग)	मोयाइल नं. :	E				
(ঘ)	ईमेल आईडी :	F				
6.	दत्तक ग्रहण विलेख/आदेश का विवरण :	E				
(ক)	दिनांक - DD - M M - Y Y Y Y	40				
(দ্ধ)	दत्तक ग्रहण विनेखाशादेश की संख्या :	F. C				
7.	रतक माता का विवरण : नाम : First Name Midde Name Last Name	·#				
(新)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :	1				
(च)	मोबाइल नं :	1				
(ग) (घ)	हमेल आहेडी :	रम				
273	Administration of the Control of the	E				
8.	रक्त पिता का विवरण : नाम : First Name Middle Name Last Name	अतग किया जाएऔर सांख्यिकीय प्रसंस्करण के तिए भेजा जाए				
(ক)		4				
(祖)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :	는 R				
(ग) (घ)	मोबाइल नं. :					
(%)						
9.	दत्तक ग्रहण विलेख/आदेश में दर्ज दत्तक माता-पिता का पता: मकान नं					
	मोहल्ला: वार्ड संख्या(शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) .					
	शहरया गाँव: उप-जिला: जिला:					
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड :					
10.	दत्तक माता-पिता का स्थायी पता : मकान नं. :					
	मोहरूला . वार्ड संख्या(शहर के मामले में, बदि उपलब्ध हो) .					
	शहर या गाँव : उप-जिला : जिला : राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : यिन कोड :					
111.	जन्म स्थान : निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर" या 'अन्य स्थान" का					
	पता दें जहां जन्म हुआ था) :					
	1. अस्पताल/संस्थान नाम :					
	2.घर 3.अन्यस्थान पता: मकान नं.: मोहल्ला:					
	बार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) : शहर या गांव :					
	उप जिला : जिला :					
1000	राज्य या केंद्र शामित प्रदेश : चिन कोड : चिन					
12.	and the same and t					
	मोहल्ला: बार्ड संख्या(शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर वा गाँव: उप-जिला: जिला:					
	राज्य या बेंद्र शासित प्रदेश : पिन कोंद्र :					
	सुचनादाता का विवरण :					
13. (新)	सुना वाता का विवरण : गम : First Name Middle Name Last Name					
(電)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो)					
(ख) (ग)	मोबाइल नं					
(可)	ईमेल आईडी :					
(喜)	पता: मकान नं.: मोहल्ला: बार्ड संख्या(शहर के मामने में, यदि उपलब्ध हो):					
	शहरया गोव: उप-जिला: जिला:					
	राज्य या केंद्र शामित प्रदेश : चिन कोड :					
घोषणा	* जैसा कि मूल जन्म प्रमाण पत्र में निहित है। ———————————————————————————————————					
पंजीकर	ण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता है। इसके अलावा, में आधार प्रमाणीकरण के माध्यम सें					
पहचान	प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य मब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूं।					
	1 से 18 तक पूरा करने के बाद.					
मूचना	ते बाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)					F-100
दिः	D D - M M - Y Y Y Y		(भरेज	ाने वाजे कॉलम समा	प्त हो गए हैं। अब बा	ई ओर हस्ताक्षर करें)
	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगुठे का निशान					
	पंजीकार द्वारा भरा जाए					पंजीकार द्वारा भरा जाए
	ण संख्या: गतिथि: DDD-MM-YYYYY				नाम	कोड संख्या
315,000			তিল	ा जिला		
	ण इकार्ड :			/गॉब:		
शहर)ग				ण इकाई:	पंजीकरण संर	अ्या :
ज़िला:			पंजीकर	ण तिथि: D	D - M M	- Y Y Y
ाटप्पण	(यदि कोई हो)		बन्मति) - M M	- Y Y Y Y
				accordi ()	2011	
			लिंग:	पुरुष / महिला / ट्रांस	ागेंडर व्यक्ति	
			ानम स	थान: 1. अस्पताल /	संस्थान 2 घर	3.अस्य
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर		जन्म स स्थान	थानः 1. अस्पतालः/		3.अन्य ार का नाम और हस्ताक्षर

फॉर्म 1क: दत्तक बच्चे का जन्म सूचना प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश							
1, 6	दिनांक, जहां भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनांक है, mm दो अंकों में महीना है और yyyy चार अंकों में वर्ष है जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी गई है। पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 को एक जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। यदि जन्म तिथि अज्ञात है, तो गोद लेने के आदेश या विलेख, जैसा भी मामला हो, में दर्शाई गई जन्म तिथि दर्ज करें। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियाँ रिकॉर्ड करने के लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें।							
2	"पुरुष" या "म	हिला" या "ट्रांसर	जेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। स	तंक्षिप्तीकरण का प्रयोग न	करें ।			
3,4,5,7,8,13	नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवार्य है । [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।							
9,10,11,12,13	यदि उपलब्ध ह	हो), मोहल्ला, म	कान नं. और पिन कोड		वार्ड संख्या (शहर के मामले में,			
15,16	1.पूर्व- प्राथमिक	- निम्नलिखितः 6. कक्षा 5	म स एक ालख- 11. कक्षा 10	16. स्नातक/पूर्व- स्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर			
	2. कक्षा 1 3. कक्षा 2	7. कक्षा 6 8. कक्षा 7	12. कक्षा 11 13. कक्षा 12	17. पीजी डिप्लोमा 18.मास्टर/ स्नातकोत्तर	22. निरक्षर			
	4. कक्षा 3 5. कक्षा 4							
	उत्तीर्ण की है, त	नो छठी कक्षा लि	खें)	उससे ऊपर सातवीं कक्षा तक पढ़ाई की	 है, लेकिन केवल छठी कक्षा			
17,18	 कृषक खेतिहर मज दैनिक बेतन एकल/पारिक नियोक्ता सरकारी क्रम् 	भोगी (खेतिहर बारिक श्रमिक/स् र्मचारी ारी (घरेलू सहार क	मजदूर के अलावा) वरोजगार					

ध्यान दें : जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) के अनुसार दत्तक बच्चे के जन्म की घटना रिपोर्ट करने के लिए सूचनादाता जिम्मेदार होगा।

सूचना देने वालो को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि दत्तक बच्चे के जन्म प्रतिवेदन के फॉर्म में कोई भी विषय, जहाँ तक संभव हो खाली न छोड़ा जाए।

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 2 (नियम 5 देखें) फॉर्म संख्या 2 (नियम 5 देखें) मृत्यु प्रतिवेदन मृत्यु प्रतिवेदन सांब्यिकीय सूचनाएं विधिक सूचनाएं [निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें] [निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें] इस हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए यह भाग मृत्यु रजिस्टर में जोड़ा जाए सचनार्थी द्वारा भरा गाए *सचनाथीं द्वारा भरा* जाए मृत्यु तिथि: D D 1. मृतक के निवास का शहर या गाँव (यह स्थान गहाँ मृतक प्राय: रहता था। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ मृत्यु हुई थी। उचित प्रविधि "शहर" मृतक का विवरण:-2. (क) नाम: बा "गाँव" पर निशान लगाएं और उसका नाम जिखें): आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) : (语) उप-जिलाः **(**ग) जन्मतिथि (यदि उपजव्ध हो) : जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पित कोड: धर्म (उत्रित धर्म "हिंदू" या "मुस्तिन" या "ईसाई" या "सिख" या "बौद्ध" या **(**घ) **र्लिंग** ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) : 3. "जैन" या "अन्य" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ट करें)): 4. First Name (क) नामः मृतक का व्यवसाय: 13. (理) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) : मृत्यु से पहले प्राप्त चिकित्सा देखमाल का प्रकार (नीचे उपयुक्त प्रविधि पर निशान लगाएं): **(ग)** मोबाइल नं. : 14 **(घ)** संस्थान के अलावा अन्य चिकित्सा सहायता First Name नामः (事) 3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं आधार संख्या (बदि उपलब्ध हो) : (语) मोवाइल नं. : **(**4) भैजा क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित था? (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएं): (**u**) जीवनसाथी (पति/पद्मी) का विवरण:-1.हां 6. B (क) नाम: वीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी मृत्यु के लिए चाहे वे चिकित्सकीय रूप से घमाणित हों या नहीं): 16 आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) : (理) 16 (a) जन्मतिथि (बदि उपलब्ध हो): स्त्री मृत्यु की स्थिति में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताहु के भीतर हुई: (सही का निशान लगाएं) प्रसंस्करण मोबाइल नं. : 17. **(**智) आयु (पूर्ण वर्षों में): (京) 2.नहीं (ৰ) ईमेल आईडी: 7. मृत्यु के समय मृतक का पता: यदि धूम्रपान का आदी था तो कितने वर्षों से ? मांख्यिकीय मोहल्ला: 18. वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: यदि किसी भी रूप में तम्बाकू चवाने का आदी था तो कितने वर्षों से ? 8. 19 वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): मोहल्लाः 쫾 शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: यदि सुपारी (पान मसाला को सम्मिलित करते हुए) चवाने का आदी था पिन कोडः लान राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: 20. तो कितने वर्षों से ? 9. मृत्यु का स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जहां मृत्यु हुई थी): किया यदि शराव पीने का आदी था तो कितने वर्षों से ? 1. अस्पताल/संस्थान नाम: 21 3. अन्य स्थान पताः मकान तं.: अलग मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): जिला: शहर या गाँव: उप-जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिनकोड: सूचनादाता का विवरण:-**(**क) t Name (国) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) : (**4**) मोबाइल नं. : (**a**) ईमेल आईडी: (多) पता: मकान नं. : मोहल्लाः वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: जिला: उप-जिलाः राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिनकोड: घोषणा: 🏻 मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सङ्घी जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में पंजीधित) की धारा 23 के तहत देंद के दारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमित देता है। ि जहां तक मेरा जान और जानकारी है, मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है। (कॉलम 1 से 21 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाणा हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा) D D - M M - Y Y Y दिनांक: सचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगुठे का निशान (भरे जाने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब बाई ओर हस्ताक्षर करें) पंजीकार द्वारा भरा जाए पंजीकार द्वारा भरा जाए नाम कोड संख्या पंजीकरण तिथि : जिला : D D - M M - Y पंजीकरण डकार्ड : उप-जिला : शहर/गांव : शहर / गोव : उप-त्रिला: पंजीकरण इकाई: जिला : पंजीकरण संख्या: टिप्पणी (यदि कोई हो) : DD-MM पंजीकरण तिथि : मृत्यु का कारण (फॉर्मे 4/4क के अनुसार) : DD - MM मृत्युतिथि: - Y Y Y Y र्लिंग: पुरुष/महिला/ट्रांसबेंडर व्यक्ति मृतक की आयु: मृत्युका स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

फॉर्म 2: मृत्यु प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश
×	दिनांक, जहां भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनांक है, mm दो अंकों में महीना
	है और yyyy चार अंकों में वर्ष है। जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 को
1	एक जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियाँ रिकॉर्ड करने के लिए केवल 'अरबी
	अंकों' जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें।
	नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त
2,4,5,6,10	नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
3	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।
	यदि मृतक की आयु एक वर्ष से अधिक थी, तो आयु पूर्ण वर्षों में दें। यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी, तो आयु महीनों में
2(घ)	दें, और यदि 1 महीने से कम हो, तो आयु पूर्ण दिनों की संख्या में दें, और यदि एक दिन से कम हो, तो घंटों में दें।
70040	पता, जहां भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि
7,8,9,10	उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा ।
	मृत्यु के स्थान के लिए उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएं
	1. अस्पताल/संस्थान
9	2. घर
	3. अन्य स्थान
	"अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहां मृत्यु हुई हो।
11	मृतक के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ मृतक प्राय: रहता था। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां मृत्यु हुई है। घर का पता दर्ज करने की आवश्यकता नहीं है।
(त्र्यवसाय - निम्नलिखित में से कोई एक लिखें-
	1. कृपक
	2. खेतिहर मजदूर
	3. दैनिक वेतन भोगी (खेतिहर मजदूर के अलावा)
	4. एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्वरोजगार
13	5. नियोक्ता
	6. सरकारी कर्मचारी
	7. निजी कर्मचारी (घरेलू सहायक के अलावा)
	8. घरेलू सहायक
	9. गैर-कर्मचारी

ध्यान दें: सूचना देने वाले को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि मृत्यु प्रतिवेदन फॉर्म में कोई भी विषय, जहां तक संभव हो खाली न छोड़ा जाए।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 3 (नियम 5 देखें) मृत जन्म प्रतिवेदन विधिक सूचनाएं [निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें] यह भाग मृत जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 3 (नियम 5 देखें) मृत जन्म प्रतिवेदन सांख्यिकीय सूचनाएं [निर्देत्रों के लिए पिखला भाग देखें] इस हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए

	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए			सूचनार्थी द्वारा भरा			
1.	जन्म तिथि : DD - MM - Y Y Y Y		7.			गांव (वह स्थान जहां म	
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :					कता है जहां जन्म हुआ। लगाएं और उसका नाम	
	पिता का विवरण:-			शहर या गाँव:		उप जिला	1-1-4/.
3.	नाम: First Name Middle Name Last Name			जिला:	राज	य या केंद्र शासित प्रदेश:	
(क)				पिन कोड;			
(অ)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):		8.	माता की आयु (पूर्ण	e de Fere	पा जना के गाम :	
(ग)	मोबाइल नं.:		0.	माता का जायु (पूर्ण	वया म) इ	स जन्म क समय :	
(ঘ)	र्डमेल आईडी:		9.	माता की शिक्षा का व	स्तर:		
4.	माता का विवरण:-	E	7.83				
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name	4	10.	बच्चे के जन्म के समय	सहायक	(निम्न में से किसी एक प	र सही का
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):	E^		निशान लगायें):			
(ग)	मोवाइल नं.:	के लिए भेजा		1. संस्थागत-सरकारी	ì		
(덕)	ईमेल आईडी:	F		2. संस्थागत - निजी	अधवा गै	र सरकारी	
5.	जन्म स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम	4		3. डॉक्टर, नर्स या प्र			
1/24/62	और पता या "घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ था):	- 1		3. डाक्टर, गम या प्र	ished (r) a	
	1. अस्पताल/संस्थान नाम:	ম ব		4. पारंपरिक जन्म प	रिचर		
	2. घर 3. अन्य स्थान पता : मकान नं. मोहल्ला :	अलग किया जाए और सांख्यिकीय प्रसंस्करण		5. रिश्तेदार या अन्य	Г		
	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव:	High	11.	गर्भधारण की अवधि	(सप्ताह	Ř):	
	उप जिला: जिला:	ŀ	12.	भ्रूण की मृत्यु का का	रण (यदि	ज्ञात हो):	
8	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:	'ক					
6.	सूचनादाता का विवरण:	E					
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name	b					
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):	47					
(ग)	मोबाइल नं.:	F -					
(ঘ)	ईमेल आईडी:	<u></u>					
(三)	पता: मकान नंबर:	09					
	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):					~	
	शहर या गाँव: उप जिला: जिला:					में, प्रत्येक बच्चे के लिए	
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:					ए बॉक्स में टिप्पणी कॉ	तम में, जैसी भी
घोषण				स्थिति हो, 'जुड़वो ज	ान्म ⁴ या ¹ त	गिन जन्म' आदि लिखें।)	
1.55	अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत						
	ह लिए जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड						
	में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए						
	(वित्तीय और अत्य सब्सिडी, लाभ और मेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत						
सहमा	ते देता हूं।						
(ফাল-	न <i>1</i> से <i>12</i> तक पूरा करने के बाद,						
-	देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)			2			
दिन	ien: DD - MM - YYYYY	(भरे जाने	वाले व	जॅलम समाप्त हो गए हैं।	। अब बाई	ओर हस्ताक्षर करें)	
-	सूचनादाता के हस्ताक्षर या वाएं अंगूठे का निशान पंजीकार द्वारा भरा जाए					1 0 -	ार द्वारा भरा जाए
	भजाकार द्वारी भरी जाए			नाम	à c	कोड संख्या	् अर्था न स्वापा
पंजीक	रण संख्या :	ज़िला		30245E		ACTUAL OF THE STATE	
2500000	रणतिथि: 🖸 🗸 - М М - У У У У			-			
100000000000000000000000000000000000000	रण डकाई :	उप जि	05005	-			
शहर/र		शहर/	गाव:				
उप जि		पंजीकरण	। इफार्ट	B1			
जिला		पंजीकरण					
टिप्पर्ण	ि(यदि कोई हो):	पंजीकरण			M M	- Y Y Y Y	
10051 700	10 A 2000 CO 2002 CO 2005 CO 2	जन्म ति		D D - M	M -	9 0 0 0	4
		90000			.01	3 J J J	
		100000000000000000000000000000000000000		ला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति			
		जन्म स्थ	न:	1. अस्पताल/संस्था न	2. 8	र 3. अन्य स्थान	S.
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर				ч	जीकारकानाम और ह	स्ताक्षर

फॉर्म 3: मृत जन्म प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश									
1	दिनांक, जहां भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनांक है, mm दो अंकों में महीना है									
	और yyyy चार अंकों में वर्ष है। जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 को एक									
	1.7021-01 HOUSE \$5900	E0	S				लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे			
	0,1,2,3,4,5,6,7,8		No.				9			
2		5765	980	र्ज करें। संक्षिप्तीकर	ण का प्रयोग न करें।					
3,4,6	नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।									
5,6	पता, जहां भी हो, उ	उसमें राज्य या	केंद्र शासि	नेत प्रदेश, जिला,	उप-जिला, शहर या गांव	, बार्ड सं	ख्या (शहर के मामले में, यदि			
	(a) 25 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	पता, जहां भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, घर का नंबर और पिन कोड शामिल होगा।								
5	जन्म स्थान के लिए	ander to every the to en	a ex universal	ALL INTEREST OF THE PARTY OF TH	9900					
	1. अस्पताल/ संस्थान	ਜ ਜ								
	2. घर									
	3. अन्य स्थान									
	DO STELLEY VALUE OF CHISACO	का नाम और प	ाता या "घ	ार" या "अन्य स्थार	न" का पता दें जहां जन्म	हुआ हो ।				
7					125.1	• • •	सकता है जहां जन्म हुआ हो			
1	माँ के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ माता प्रायः रहती है। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां जन्म हुआ हो । घर का पता लिखा जाना आवश्यक नहीं है।									
9	शिक्षा का स्तर - निम्नलिखित में से एक लिखें-									
	1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्ष	π 10 16. स्नातक/ पूर्वस्नातक			21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर			
	2. कक्षा 1	7. कक्षा 6	12. कक्ष	π 11 17. पीजी			22. निरक्षर			
	3. कक्षा 2	8. कक्षा 7	13. कक्ष	ग 12	18. मास्टर / स्नातकोत्त	ार				
	4. कक्षा 3	9. कक्षा 8	14. আ	ईटीआई	19. एम.फिल					
	5. कक्षा 4	10.कक्षा 9	15. ਵਿਾ	प्लोमा/प्रमाणपत्र	20. डॉक्टरेट और उस	मे ऊपर				
	कक्षा लिखें)				ा तक पढ़ाई की है, लेकिन	केवल छट	ा ही कक्षा उत्तीर्ण की है, तो छठी			
12.	भ्रूण की मृत्यु का का	रण - निम्नलिनि	खेत में से व	कोई एक लिखें -		- Y				
	1. रक्तस्राव (रक्तस्र	ाव)		7. माँ को मधुमे	ह	500	13. माँ में पार्वोबायरस B19 संक्रमण			
	2. प्लेसेंटल की सम	स्या		8. माँ में कॉक्सर	नेकी वायरस संक्रमण	14. Ŧ	नां में Q बुखार संक्रमण			
	3. गर्भनाल की सम	ास्या		9. माँ में हरपीज	। सिम्प्लेक्स संक्रमण		15. माता में रूबेला (जर्मन खसरा) संक्रमण			
	4. प्री-एक्लेमप्सिय	Т	(10. मां में लेप्टो	स्पायरोसिस संक्रमण	_	16.मां में फ्लू संक्रमण			
	5. शिशु में आनुवंशि		दोष	11. मां में लाइम	न रोग संक्रमण	- 2	नाँ में टोक्सोप्लामोसिस			
				11. 0 1 10KH VH VIII VIII 1			ण			
	6. माँ में लीवर वि	कार		12. माँ को मले	रेया का संक्रमण	18. 7	नहीं बताया गया			
	(ऑक्स्टेस्ट्रिककोलेस्टास)						776			

ध्यान दें: सूचना देने वाले को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि मृत जन्म प्रतिवेदन में कोई भी विषय जहां तक संभव हो, खाली न छोड़ा जाए।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 4 (नियम 7 देखें) मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

(अस्पताल में दाखिल मरीजों के लिए, मृत जन्मो के लिए प्रयोग न किया जाए) फॉर्म संख्या 2 (मृत्यु प्रतिवेदन) के साथ पंजीकार को भेजा जाए इस प्रमाणपत्र की एक प्रति मृतक के निकटतम रिश्तेदार को प्रदान की जाए

First Name	Middle Name	Last Name		सांख्यिकीय कार्यालय
	मृत्यु		V6	के उपयोग के लिए
यदि आयु 1 वर्ष या अधिक, वर्षों में	यदि आयु 1 वर्ष से कम, महीनो में	यदि आयु एक महीने से कम, दिनों में	यदि आयु एक दिन से कम, घंटों में	
, न कि मरने का तरीव	एं जिसके कारण का जैसे		मृत्यु तथा बीमारी की शुरुआत के बीच का अनुमानित अंतराल	
बताये। कोई महत्वपूर्ण कारण् हालात से कोई सम्बन्	कारण गजिसका (ग)	ग (या परिणाम स्वरूप)		
[=	बोट कैसे लगी?		
2. दुर्घटना 3. आ	ात्महत्या 4. हत्या	5. लंबित जांच		
ला थी, तो क्या मृत्यु	का कारण गर्भावस्था से १1. हाँ 2. नहीं	सम्बंधित था? 1. हाँ 2. न	हीं	
	या अधिक, वर्षों में में में में में में में में में मे	यदि आयु 1 वर्ष यदि आयु 1 वर्ष से या अधिक, वर्षों कम, महीनो में में में कम, महीनो में में में में कम, महीनो में में में कम, महीनो में कम, महीनो में में मुत्यु का कारण (क) वि या जटिलता बताएं जिसके कारण हैं, न िक मरने का तरीका जैसे रुकता, कमजोरी आदि। करण के लिए, यदि कोई पुरानी (ख) कारण के लिए, यदि कोई पुरानी हो मृत्यु हुई हो।	या अधिक, वर्षों कम, महीनो में कम, दिनों में में में में में में में में में मे	यदि आयु 1 वर्ष यदि आयु 1 वर्ष से कम, महीनो में कम, दिनों में कम, घंटों में घंटों में कम, घंटों में घंटों मे

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

फॉर्म भरने के लिए निर्देश

मृतक का नाम: [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में लिखा जाना चाहिए, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना चाहिए और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए । यदि मृतक एक शिशु है, जिसकी मृत्यु के समय अभी तक नाम नहीं रखा गया है, तो खाली छोड़ दें।

आयु: यदि मृतक 1 वर्ष से अधिक आयु का था, तो आयु पूर्ण वर्षों में दें। यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी, तो आयु महीनों में दें और यदि 1 माह से कम हो, तो आयु पूर्ण दिनों की संख्या में दें, और यदि एक दिन से कम हो, तो घंटों में दें।

मृत्यु का कारण: फॉर्म के इस भाग को हमेशा परिचर्या भरने वाले चिकित्सक द्वारा स्वयं पूरा करना चाहिए।

मृत्यु के कारण का प्रमाणीकरण दो भागों I और II में विभाजित है। भाग I को फिर से तीन भागों (क) (ख) और (ग) में विभाजित किया गया है। यदि एक ही बीमारी के कारण का स्पष्ट पता लग जाता है तो उसे भाग I के लाइन (क) पर लिखा जाएगा और इसके अतिरिक्त भाग I या भाग II में कुछ और नहीं लिखा जायेगा। उदाहरण के लिए, चेचक, निमोनिया, ह्रदय वेरी-वेरी आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण है और और इतना ही लिखना पर्याप्त है।

प्रायः मृत्यु के समय मृतक में अन्य कई बीमारियां पायी जाती है ऐसी अवस्था में चिकित्सक को मृत्यु के प्रमाणपत्र को ठीक ढंग से भरना चाहिए ताकि मृत्यु के वास्तविक कारण को ठीक तरह से सारणीबद्ध किया जा सके। पहले भाग I (क) में मृत्यु का मुख्य कारण लिखे। इसका मतलब मृत्यु कैसे हुई है, से नहीं है, उदाहरण के लिए दिल का दौरा, सांस रुकना आदि। प्रमाणीकरण में इनको दर्ज नहीं करना चाहिए, क्योंकि यह मृत्यु कैसे हुई बतलाते है, न की मृत्यु का कारण। दूसरा यह देखे कि क्या मृत्यु किसी पेचीदगी या किसी पुरानी बीमारी के परिणामस्वरूप हुई है। यदि ऐसा है तो पूर्ववर्ती कारण को भाग I लाइन (ख) में दर्ज करे। कभी कभी मृत्यु के कारण की तीन अवस्थाएं होती है। यदि ऐसा हो तो लाइन (ग) में दर्ज करे। सारणीबद्ध किये जाने वाले मूल कारण को हमेशा भाग I के अंत में लिखे।

शारीरिक अस्वस्थता या अभिघात भी हो सकते है, जिनका मृत्यु से सीधा सम्बन्ध नहीं हो परन्तु ये भी मृत्यु के कारणों में से एक कारण हो सकते है। कभी कभी विशेषकर बाल मृत्यु में चिकित्सक के लिए यह निश्चित करना मुश्किल हो जाता है कि बहुत से अलग-अलग कारणों में मृत्यु का मूल कारण कौन सा था। केवल एक ही कारण सारणीबद्ध करना होता है अतः इसे चिकित्सक अवश्य निश्चित करें। यदि अन्य बीमारियाँ मूल कारण से प्रभावित नहीं हो तो उन्हें भाग ॥ में दर्ज करें।

दो या उससे अधिक कारणों को एक ही लाइन में ना लिखें। कृपया प्रमाण पत्रों में बीमारियों के नाम यथासम्भव साफ-साफ और स्पष्ट शब्दों में लिखें ताकि गलत पढ़ा जाने का जोखिम ना रहे।

बीमारी की शुरुआत: जब भी संभव हो, बीमारी की शुरुआत से मृत्यु के बीच के अंतराल के कॉलम अनुमान से भर दे । उदाहरण के लिए, "जन्म से", " अनेक वर्ष से"।

आकस्मिक या हिंसक मृत्यु:: बाहरी कारण और अभिघात किस प्रकार का है दोनों को दर्ज किया जाए । चिकित्सक या चिकित्सालय अभिघात के बारे में बता सकते हैं कि शरीर का कौन सा अंग क्षतिग्रस्त हुआ है और जब भी पता चले, मृत्यु का बाहरी कारण भी साफ-साफ लिखे । उदाहरण के लिए (क) हाइपोस्टैटिक निमोनिया (ख) गर्दन की हड्डी टूटना (ग) घर में सीढ़ी से गिरना ।

मातृ मृत्यु: गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नो पर उत्तर देते समय विशेष ध्यान दे चाहे गर्भावस्था से मृत्यु का कोई भी संबंध ना रहा हो, फिर भी यह सूचना सभी गर्भावस्था-आयु-समूह की महिलाओं के लिए आवश्यक है।

वृद्धावस्था या बुढ़ापा: यदि अधिक विशिष्ट कारण ज्ञात हो तो वृद्धावस्था (या बुढ़ापा) को मृत्यु का कारण ना लिखा जाए। यदि वृद्धावस्था भी मृत्यु का एक कारण हो तो उसे भाग II में दर्ज किया जाए । उदाहरण: (क) पुराना ब्रोंकाइटिस, (ख) वृद्धावस्था

जानकारी की पूर्णता: बीमारी का पूरा विवरण देने की आवश्यकता नहीं है, लेकिन, यदि जानकारी उपलब्ध हो तो इतना पर्याप्त विवरण अवश्य दिया जाए जिसमें कि मूल कारण स्पष्ट हो जाए ।

उदाहरण: खून की कमी - यदि ज्ञात हो तो खून की कमी का प्रकार लिखे। नियोप्लाज्म - बतायें कि ये सुदम्य है या दुर्दम्य और संभव हो तो प्रारंभिक नियोप्लाज्म का स्थान भी बताएं। हृदय रोग - विशेष रूप से रोगी की अवस्था का विवरण करें। रक्त-धिक्काजय से दिल का दौरा हुआ या पुराना फुफस्जनय (क्रोनिक कोर- पल्मोनेल) आदि हो, तो पूर्ववर्ती स्थिति बताएं। टेटनस - यदि ज्ञात हो तो पूर्वगामी अभिघात का वर्णन करें। ऑपरेशन - वह स्थिति बताएं जिसके लिए ऑपरेशन किया गया था। पेचिश - यदि ज्ञात हो तो निर्दिष्ट करें कि क्या बेसिलरी, अमीबिक आदि है। गर्भावस्था या प्रसव की जटिलताएँ - विशेष रूप से जटिलता का वर्णन करें। तपेदिक - प्रभावित अंगों का विवरण दें।

लिश्णिक कथन: अपाक्ष, दस्त, बुखार, जलोदर, पीलिया, दुर्बलता आदि ऐसे लक्षण हैं जो विभिन्न अवस्थाओं में से किसी एक कारण से हो सकता है। यदि संभव हो तो बीमारी का उल्लेख करें जिसके लक्षण से बीमारी हुई

मृत्यु का तरीका: मृत्यु जोकि बाहरी कारणों से नहीं हुई हो तो प्राकृतिक मृत्यु माना जाना चाहिए। यदि मृत्यु का कारण ज्ञात है, लेकिन यह ज्ञात नहीं है कि मृत्यु दुर्घटना, आत्महत्या या मानव वदा के कारण हुई थी, और आगे की जांच का विषय है, तो मृत्यु का कारण अवश्य भरा जाना चाहिए और मृत्यु का ढंग "लंबित जांच" दिखाना चाहिए।

जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 10(2) के प्रावधानों के अनुसार, मृत्यु के संबंध में जानकारी देने के लिए इस अधिनियम के तहत निकटतम रिश्तेदार को मृत्यु के कारण का प्रमाण पत्र दिया जाएगा।।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 4(क) (नियम 7 देखें)

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

(गैर-संस्थागत मृत्यु के लिए, मृत जन्मो के लिए प्रयोग न किया जाए) (जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) के अंतर्गत व्यक्ति को फॉर्म संख्या 2 (मृत्यु प्रतिवेदन) के साथ पंजीकार को मृत्यु के संबंध में जानकारी देना आवश्यक है।)

			ारी दिनांक		
था /थी और	उसकी मृत्यु दिनांक	D D - M	- Y Y Y Y 7 - M	को बजे पूर्वाह	म/अपराह्न हुई।
मृतक का नाम:	First Nam	e Middle Name	Last Name		सांख्यिकीय कार्यालय
लिंग	,	मृत्यु	के समय आयु		के उपयोग के लिए
	यदि आयु 1 वर्ष या अधिक, वर्षों में	यदि आयु 1 वर्ष से कम, महीनो में	यदि आयु एक महीने से कम, दिनों में	यदि आयु एक दिन से कम, घंटों में	
1. पुरुष 2. महिला 3. ट्रांसजेंडर व्यक्ति					
	मृत्यु का कारण	=	ŽI.		1
कारण मृत्यु हुई	ोट या जटिलता बता , न कि मरने का तरी क्कना, कमजोरी आवि	का जैसे	मृत्यु तथा बीमारी की शुरुआत के बीच का अनुमानित अंतराल		
पूर्ववृत्त कारण					
मृत्यु के उक्त क बीमारी हो तो	ारण के लिए, यदि व बताये।		ग (या परिणाम स्वरूप)		
॥ मृत्युका अन्य उस बीमारीया जिसकेकारण म	कोई महत्वपूर्ण कार हालात से कोई सम्ब नृत्यु हुई हो।	ण जिसका (ग) न्ध नहीं हो			
	हिला थी, तो क्या मृ क्या कोई बच्चा हुआः		से सम्बंधित था? 1. हाँ 2.	नहीं	
ā.		मृत्यु वे	कारण को प्रमाणित करने	ATTOMOSPICATE ATTOMOSPICATE PRODUCTION AND A	का नाम और हस्ताक्षर
			प्रमाणित करने की ि	देनांक DD - N	M - Y Y Y
9		निर्दे	शों के लिए पीछे देखें		

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

फॉर्म भरने के लिए निर्देश

मृतक का नाम: [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में लिखा जाना चाहिए, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना चाहिए और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए । यदि मृतक एक शिशु है, जिसकी मृत्यु के समय अभी तक नाम नहीं रखा गया है, तो खाली छोड़ दें।

आयु: यदि मृतक 1 वर्ष से अधिक आयु का था, तो आयु पूर्ण वर्षों में दें। यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी, तो आयु महीनों में दें और यदि 1 माह से कम हो, तो आयु पूर्ण दिनों की संख्या में दें, और यदि एक दिन से कम हो, तो घंटों में दें।

मृत्यु का कारण: फॉर्म के इस भाग को हमेशा परिचर्या भरने वाले चिकित्सक द्वारा स्वयं पूरा करना चाहिए।

मृत्यु के कारण का प्रमाणीकरण दो भागों I और II में विभाजित है। भाग I को फिर से तीन भागों (क) (ख) और (ग) में विभाजित किया गया है। यदि एक ही बीमारी के कारण का स्पष्ट पता लग जाता है तो उसे भाग I (क) पर लिखा जाएगा और इसके अतिरिक्त भाग I या भाग II में कुछ और नहीं लिखा जायेगा। उदाहरण के लिए, चेचक, निमोनिया, ह्रदय वेरी-वेरी आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण है और और इतना ही लिखना पर्याप्त है।

प्रायः मृत्यु के समय मृतक में अन्य कई बीमारियां पायी जाती है ऐसी अवस्था में चिकित्सक को मृत्यु के प्रमाणपत्र को ठीक ढंग से भरना चाहिए ताकि मृत्यु के वास्तविक कारण को ठीक तरह से सारणीबद्ध किया जा सके। पहले भाग I (क) में मृत्यु का कारण लिखे। इसका मतलब मृत्यु कैसे हुई है, से नहीं है, उदाहरण के लिए दिल का दौरा, सांस रुकना आदि। प्रमाणीकरण में इनको दर्ज नहीं करना चाहिए, क्योंकि यह मृत्यु कैसे हुई बतलाते है, न की मृत्यु का कारण। दूसरा यह देखे कि क्या मृत्यु किसी पेचीदगी या किसी पुरानी बीमारी के परिणामस्वरूप हुई है। यदि ऐसा है तो पूर्ववर्ती कारण को भाग I लाइन (ख) में दर्ज करे। कभी कभी मृत्यु के कारण की तीन अवस्थाएं होती है। यदि ऐसा हो तो लाइन (ग) में दर्ज करे। सारणीबद्ध किये जाने वाले मूल कारण को हमेशा भाग I के अंत में लिखे।

शारीरिक अस्वस्थता या अभिघात भी हो सकते है, जिनका मृत्यु से सीधा सम्बन्ध नहीं हो परन्तु ये भी मृत्यु के कारणों में से एक कारण हो सकते है। कभी कभी विशेषकर बाल मृत्यु में चिकित्सक के लिए यह निश्चित करना मुश्किल हो जाता है कि बहुत से अलग-अलग कारणों में मृत्यु का मूल कारण कौन सा था। केवल एक ही कारण सारणीबद्ध करना होता है अतः इसे चिकित्सक अवश्य निश्चित करें। यदि अन्य बीमारियाँ मूल कारण से प्रभावित नहीं हो तो उन्हें भाग ॥ में दर्ज करें।

दो या उससे अधिक कारणों को एक ही लाइन में ना लिखें। कृपया प्रमाण पत्रों में बीमारियों के नाम यथासम्भव साफ-साफ और स्पष्ट शब्दों में लिखें ताकि गलत पढ़ा जाने का जोखिम ना रहे।

बीमारी की शुरुआत: जब भी संभव हो, बीमारी की शुरुआत से मृत्यु के बीच के अंतराल के कॉलम अनुमान से भर दे । उदाहरण के लिए, **"**जन्म से", " अनेक वर्ष से"।

आकित्मिक या हिंसक मृत्यु: बाहरी कारण और अभिघात किस प्रकार का है दोनों को दर्ज किया जाए । चिकित्सक या चिकित्सालय अभिघात के बारे में बता सकते हैं कि शरीर का कौन सा अंग क्षतिग्रस्त हुआ है और जब भी पता चले, मृत्यु का बाहरी कारण भी साफ-साफ लिखे । उदाहरण के लिए (क) हाइपोस्टैटिक निमोनिया (ख) गर्दन की हड्डी टूटना (ग) घर में सीढ़ी से गिरना ।

मातृ मृत्यु: गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नो पर उत्तर देते समय विशेष ध्यान दे चाहे गर्भावस्था से मृत्यु का कोई भी संबंध ना रहा हो, फिर भी यह सूचना सभी गर्भावस्था-आयु-समूह की महिलाओं के लिए आवश्यक है।

वृद्धावस्था या बुढ़ापा: यदि अधिक विशिष्ट कारण ज्ञात हो तो वृद्धावस्था (या बुढ़ापा) को मृत्यु का कारण ना लिखा जाए। यदि वृद्धावस्था भी मृत्यु का एक कारण हो तो उसे भाग II में दर्ज किया जाए । उदाहरण: (क) पुराना ब्रोंकाइटिस, (ख) वृद्धावस्था

जानकारी की पूर्णता: बीमारी का पूरा विवरण देने की आवश्यकता नहीं है, लेकिन, यदि जानकारी उपलब्ध हो तो इतना पर्याप्त विवरण अवश्य दिया जाए जिसमें कि मूल कारण स्पष्ट हो जाए ।

उदाहरण: खून की कमी - यदि ज्ञात हो तो खून की कमी का प्रकार लिखे। नियोप्लाज्म - बतायें कि ये सुदम्य है या दुर्दम्य और संभव हो तो प्रारंभिक नियोप्लाज्म का स्थान भी बताएं। हृदय रोग - विशेष रूप से रोगी की अवस्था का विवरण करें। रक्त-धिक्काज्य से दिल का दौरा हुआ या पुराना फुफस्जनय (क्रोनिक कोर- पल्मोनेल) आदि हो, तो पूर्ववर्ती स्थिति बताएं। टेटनस - यदि ज्ञात हो तो पूर्वगामी अभिघात का वर्णन करें। ऑपरेशन - वह स्थिति बताएं जिसके लिए ऑपरेशन किया गया था। पेचिश - यदि ज्ञात हो तो निर्दिष्ट करें कि क्या बेसिलरी, अमीबिक आदि है। गर्भावस्था या प्रसव की जटिलताएँ - विशेष रूप से जटिलता का वर्णन करें। तपेदिक - प्रभावित अंगों का विवरण दें।

लिश्णक कथन: अपाक्ष, दस्त, बुखार, जलोदर, पीलिया, दुर्बलता आदि ऐसे लक्षण हैं जो विभिन्न अवस्थाओं में से किसी एक कारण से हो सकता है। यदि संभव हो तो बीमारी का उल्लेख करें जिसके लक्षण से बीमारी हुई

जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 10(3) के प्रावधानों के अनुसार, मृत्यु के संबंध में जानकारी देने के लिए इस अधिनियम के तहत निकटतम रिश्तेदार को मृत्यु के कारण का प्रमाण पत्र दिया जाएगा।।



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI

State Govt. Emblem

_____विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम)...... DEPARTMENT OF....../ (Name of local bsody issuing certificate)



जन्म प्रमाण-पत्र BIRTH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12 / 17 तथा दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम, 2024 के नियम 8 / 13 के अंतर्गत जारी किया गया)

(Issued under Section 12 / 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) and Rule 8 / 13 of the Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

							उप	-जिल	ना					
जिला	राज्य	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,						के रा	जेस्टर	में उ	ल्लि	खेत है	1	
This is to certify that the follo	wing information	has b	een	take	n fro	om t	he c	rigir	nal re	cord	d of	birth	which	is the
register for (local area	/local body)							······				of	Sub-	distric
of Distric	t	0	f Sta	ate/L	Jnior	n ter	ritory	<i>/</i>					••••	
नाम/Name:														
लिंग/Sex														
जन्म तिथि/Date of Birth														
जन्म स्थान/Place of Birth														
माता का नाम∂Name of Mother											-			
माता का आधार नं./Aadhaar No.	of Mother:	x	x	x	x	x	x	x	x					
पिता का नाम/Name of Father							m 3/0		17. 191	92			V 198	
पिता का आधार नं./Aadhaar No.d	of Father :	v	v	v	v	v	v	¥	v	ļ	,			
बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का	पता/			मा	ता-पि	रेता व	का स्थ	ायी '	पता /					
Address of parents at the time		ild:		Р	erma	aner	nt ad	dres	s of p	oare	nts:			
 पंजीकरण संख्या/Registration No		ч	जीक						gistra					
टिप्पणी/Remarks (if any) जारी करने की तिथि /Date of issu						Ö.								

प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the issuing authority प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority मोहर/**Seal**



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI

State Govt. Emblem

.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम)...... DEPARTMENT OF......./ (Name of local body issuing certificate)



मृत्यु प्रमाण पत्र DEATH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12 / 17 तथा दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम 2024 के नियम 8 / 13 के अंतर्गत जारी किया गया)

(Issued under Section 12 / 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) and Rule 8 / 13 of the Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

	मूचना मृत्यु के मूल लेख से ली गई है जो कि (स्थानीय क्षेत्र) उप-जिला
जिला राज्य के	ः रजिस्टर में उल्लिखित है ।
This is to certify that the following information has been	een taken from the original record of death which is the register for (loca
area/local body)	of Sub-district of District
of State/Union territory	
नाम/Name:	
मृतक का आधार नं. / Aadhaar No. of deceased :	x x x x x x x x x x
लिंग/Sex	
मृत्यु की तिथि/Date of Death	
मृत्यु का स्थान/Place of Death	
माता का नाम/Name of Mother	
माता का आधार नं. / Aadhaar No. of Mother :	x x x x x x x x x
पिता का नाम/Name of Father	
पिता का आधार नं. / Aadhaar No. of Father :	x x x x x x x x x
पति/पत्नी का नाम/ Name of Husband/Wife	
पति/पत्नी का आधार नं. /Aadhaar No. of Husband/Wife :	: x x x x x x x x x
मृतक का मृत्यु के समय का पता/ Address of the deceased at the time of death:	मृतक का स्थायी पता / Permanent address of the deceased:
	गंजीकरण दिनांक ∕Date of Registration
टिप्पणी/Remarks (if any) जारी करने कि तिथि /Date of issue :	प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the issuing authority

प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the issuing authority प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority मोहर/Seal

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 7

(नियम 12 देखें) जन्म रजिस्टर विधिक सूचनाएं यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए

	The state of the s
	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए जन्म की विश्वि
1.	
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :
3.	बच्चे का विवरण (यदि नाम नहीं है तो खाली छोड़ दें):- ताम, यदि कोई हो: First Name Middle Name Last Name
(क) (ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
4.	पिता का विवरण:-
(क)	TITH: First Name Middle Name Last Name
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग)	मोबाइल नं.:
(ঘ)	ईमेल आईडी :
5.	माता का विवरण:-
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग)	भोबाइल नं. :
(घ)	र्हमेल आईडी:
6.	बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता: मकान नं.:
	मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
7.	माता-पिता का स्थायी पता: मकान नं.:
	मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव उप-जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
8.	जन्म स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जह
	जन्म हुआ था): 1. अस्पताल/संस्थान नाम:
	2. घर 3. अन्य स्थान पता: मकान तं.:
	मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
9.	सूचनादाता का विवरण:
(क)	ятн: First Name Middle Name Last Name
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(শ)	मोबाइल नं.:
(ঘ)	ईमेल आईडी:
(র)	पता: मकान नं, :
Vide (550)	मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
घोषणाः	
	अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969
	में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूं।
234.5.200.5.5.5.5.5.5	आर अन्य साब्सडा, लाभ आर सवाआ का लाक्षत वितरण) आधानयम, 2016 के तहत सहमात दता हू। <i>1 से 22 को पूरा करने के वाद,</i>
302 92	ने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)
दिनांक	
	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान पंजीकार द्वारा भरा जाए
पंजीकरण	। संख्या :
पंजीकरण	r तिथि: DD - MM - YYYY
पंजीकरण	र इकाई :
शहर/ गां	ब : ³⁰⁰
उप जिला	r:
ज़िला:	
टिप्पणी ((यदि कोई हो):
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 8 (नियम 12 देखें) मृत्यु राजिस्टर विधिक सूचनाएँ इस भाग को मृत्यु राजिस्टर में जोड़ा जाए

सूच	इस गांग का मृत्यु राजस्टर म जाड़ा जाए वनाथीं द्वारा भरा जाए
1. দূল	यु तिथि: DD - MM - Y Y Y Y
2. मृत	क का विवरण∷-
(क) नाम	#: First Name Middle Name Last Name
(জ্ব) সাহ	धार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग) जन्म	म तिथि (यदि उपलब्ध हो): DD - MM - YYYY
(ঘ) ^{গ্ৰাহ}	
्र । जन	ग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :
*****	ता का विवरण::- म: First Name Middle Name Last Name
	the state of the s
(mr)	धार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
0.0000 0.000	बाइल नं.:
7.7	
(घ) पर	ता का विवरण:- म: First Name Middle Name Last Name
5.	म: First Name Middle Name Last Name धार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(क)	
(ख)	मोबाइल नं.:
(21)	ल आईडी:
die	वनसाथी (पति/पत्नी) का विवरण:-
(घ) नाः आः	
6.	धार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(9h)	म तिथि (यदि उपलब्ध हो): DD - MM - YYYY य (पूर्ण वर्षों में):
(301)	વાફ્લ નં.:
79.1985	न आईडी:
(ঘ) দূৰে	युके समय मृतक का पता: मकान नं.:
	हुल्ला: बार्ड संख्या (शहर के मामले मे, यदि उपलब्ध हो): इर या गाँव: उप-जिला: जिला:
725.00	हर या गाँव: उप-जिला: जिला: ज्या या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
1	क का स्थायी पता; मकान नं.:
	हल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
100000	र या गाँवः उप-जिलाः जिलाः
8.	ग्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
मृत्	युका स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर" या
2000	न्य स्थान" का पता दें जहां मृत्यु हुई थी):
	अस्पताल/संस्थान नाम: घर: 3. अन्य स्थान पता: मकान नं. :
9.	घर: 3. अन्य स्थान पताः मकान नं. : हल्ला वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो);
	ट्या गाँब: उप-जिला: जिला:
. 11540	य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
87.62	स्नादाता का विवरण:-
नाम	
222	धार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
10.	न आईटी:
(क) _{पता}	27 (ARCANICA)
12232 3973	हल्ला वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
	्र या गाँव: उप-जिला: जिला: उय या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
(ঘ)	व्य या या अपना, विभावता, विभावता,
(ভ)	
	ते अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सञ्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म
3078	करण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार
	माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) 016 के तहत सहमति देता हूं।
The state of the s	मेरा ज्ञान और जानकारी है, मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है।
(सभी कॉलम	1 से 21 को पूरा करने के बाद,
सूचना देने वाल	ता हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)
दिनांक:	DD - MM - YYYY
	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान पंजीकार टारा भरा जाए
पंजीकरण संख्य	LANGE CONTRACTOR OF THE PARTY O
Wassing Wassing	
पंजीकरण तिथि	T: DDD-MMM-YYYY
पंजीकरण इका	ई:
शहर/ गांव :	उप-जिला : जिला :
2000	
टिप्पणी (यदि व	कोई हो) :
H=0 #1 #12***	र (पर्नेर्स 4/4क के अनुसार) र
मृत्युकाकारण	(फॉर्म 4/4क के अनुसार) :
	The Control of the Co
	पजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 9

(नियम 12 देखें)

मृत जन्म रजिस्टर

विधिक सूचनाएँ इस भाग को मृत जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए

	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए
1.	जन्म तिथि: DD - MM - YYYYY
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :
3.	पिता का विवरण:
(ক)	नाम: First Name Middle Name Last Name
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग)	मोबाइल नं.:
(57)	र्हमेल आई.डी:
(ঘ)	माता का विवरण:-
4.	नाम: First Name Middle Name Last Name
(क)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ख)	मोवाइल नं.:
(ग)	ईमेल आईडी:
(ঘ)	जन्म स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर"
5.	या "अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ था):
=0.63	1. अस्पताल/संस्थान नाम:
	2. घर 3. अन्य स्थान पता : मकान नं. मोहल्ला:
	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गांव:
	उप जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
	सूचनादाता का विवरण:
W0000	नाम: First Name Middle Name Last Name
6.	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(क)	मोबाइल नं.:
(ख)	र्डमेल आईडी:
(ग)	
/ ST \	पता: मकान नं.
(ঘ)	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
(ड़)	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
घोषणा:	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
	पपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और
मृत्यु पंज	ीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार
प्रमाणीव	करण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण)
अधिनिय	यम, 2016 के तहत सहमति देता हूं।
	1 से 12 को पूरा करने के बाद,
सूचना व	देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)
दिनांव	E DD D - M M - Y Y Y Y
	" सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगुठे का निशान
	पंजीकार द्वारा भरा जाए
1871790	ण संख्या :
	ग तिथि: □ □ □ - M M - Y Y Y Y ग इकाई:
शहर/ ग	
उप जिल	
ज़िला:	
टिप्पणी	(यदि कोई हो):
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 10

(नियम 13 देखें)

	अनुपलब	धता प्रमाण-पत्र	
(जन्म और मृत्यु पं	जीकरण अधिनियम, 1969 (20	23 में संशोधित) की धारा 17 वे	के अंतर्गत जारी किया गया)
यह प्रमाणित रि	केया जाता है कि श्री/श्रीमती/	_{हु} मारी	
पुत्र/पत्नी/पुत्री		क्षेत्र	
			ज्य
			ई और यह पाया गया कि
पंजीकरण नहीं किया गय		स स	बंधित जन्म/मृत्यु की घटना का
दिनांक : d d - r	·		
			प्राधिकारी के हस्ताक्षर
			मोहर
	राष्ट्रीय राजधान	ी क्षेत्र, दिल्ली सरकार	
	••	11 <i>(नियम 14 देखें)</i>	
	जन्म की मा	सिक सारांश रिपोर्ट	
1. रिपोर्ट का माह :		वर्ष:	
2. जिला:			
3. शहर/गांव:			
4. पंजीकरण इकाई:			
5. माह के दौरान पंजीकृत	ा जन्मों की संख्या:		
पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर व्यक्ति	जोड़*
(1)	(2)	(3)	(1+2+3)
6. जन्म पंजीकरण में सम	य अंतराल:		
(क) उनके घटित	होने की समय सीमा (21 दिन) वे	क भीतर:	

- (ख) 21 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के 30 दिनों के भीतर:
- (ग) 30 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के एक वर्ष के भीतर:
- (घ) उनके घटित होने के एक वर्ष बाद:
- कुल* (क + ख + ग + घ):
- * यह जोड़ जन्म प्रतिवेदन फार्म (फार्म संख्या 1) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए, जो कि इस मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न है।

पंजीकार के हस्ताक्षर एवं नाम

दिनांक: dd-mm-yyyyy

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 12 (*नियम 14 देखें*)

मृत्यु की मासिक सारांश रिपोर्ट

1.	रिपोर्ट व	का माह:			_	वर्ष_						
2.	जिला:											
3.	शहर/ग	ांव:										
4.	पंजीकर	ण इकाई:										
5.	माह के दौरान पंजीकृत मृत्यु का विवरण:											
मृत	मृत्यु (सभी शिशु मृत्यु, बाल शिशु मृत्यु (एक वर्ष से कम आयु) बाल मृत्यु (एक वर्ष या उससे अधिक मातृ मृत्यु											
मृत्य	ु एवं मात्	गृ मृत्यु सम्म ि	लेत)					विं	तु पाँच व	ार्ष से कम आर्	रुं)	
पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर	जोड़*	पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर	जोड़	पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर	जोड़	
		व्यक्ति				व्यक्ति				व्यक्ति		
6. मृत्यु	<u>,</u> पंजीकर	ण में समय अं	तराल:									
	(क) उनवे	ह घटित होने व	की समय	ा सीमा	(21 दिन	ा) के भीतर:						
	(ख) 21 বি	दिनों से अधिव	ह लेकिन	उनके	घटित हो	ने के 30 दिन	ां के भी	तर:				
	(ग) 30 र्ा	देनों से अधिक	त्र लेकिन	उनके	घटित हो	ने के एक वर्ष	के भीत	र:				
	(घ) उनके	न्घटित होने वे	के एक व	र्ष बाद	:							
	कुल* (क	+ ख + ग + ध	त्र):									
नोट: ि	शेशु, बाल	मृत्यु और मा	तृ मृत्यु	को भी	मृत्यु में स	गम्मिलित किय	गा जान	ा चाहि	ए।			
				(फार्म स	तंख्या 2)	के सांख्यिकी	य भाग	की संख	ख्या के ब [्]	राबर होना च	ाहिए,	जो कि इस
माासक	ारपाट व	त्साथ संलग्न	ह ।									
												
										पंजीकार के	हस्ताक्ष	र एव गाम
दिनांक	:	dd-	m m	- y	ууу	′						

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 13 (*नियम 14 देखें*)

मृत जन्म की मासिक सारांश रिपोर्ट

4		2
1.	ारपाट का माह:	वष:
		, , ,

- 2. जिला:
- 3. शहर/गांव:
- 4. पंजीकरण इकाई:
- 5. माह के दौरान पंजीकृत मृत जन्म की संख्या:

पुरुष	स्री	ट्रांसजेंडर व्यक्ति	जोड़*
(1)	(2)	(3)	(1+2+3)

- 6. जन्म पंजीकरण में समय अंतराल:
 - (क) उनके घटित होने की समय सीमा (21 दिन) के भीतर:
 - (ख) 21 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के 30 दिनों के भीतर:
 - (ग) 30 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के एक वर्ष के भीतर:
 - (घ) उनके घटित होने के एक वर्ष बाद:

कुल* (क + ख + ग + घ):

* यह जोड़ मृत जन्म प्रतिवेदन फार्म (फार्म संख्या 3) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए, जो कि इस मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न है।

पंजीकार के हस्ताक्षर एवं नाम

दनाक: d d - m m - y y y y
--

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 14

(नियम 9 देखें)

जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 13(2) के तहत <u>जन्म/मृत्यु की विलंबित</u> <u>रिपोर्टिंग</u> के लिए स्व-प्रमाणित दस्तावेज़ का प्रारूप

मैं, पुत्र/पुर्त्र नेवासी करता/करती हूँ कि:		
1. मैं,प्वच्चे का नाम/मृतक), रिपोर्टिंग की सूचना देने वाला सूचक हूं;		पुत्र/पुत्री/पत्नी के विलंबित जन्म/मृत्यु
2. उसका जन्म/मृत्यु(जन्म/मृ हुई थी;	गृत्यु तिथि) को	(जन्म स्थान/मृत्यु) पर
3. जन्म/मृत्यु के समय उपस्थित सहायक व्यक्ति है;	था, र्ा	जेसका निवास स्थान
4. उसके जन्म/मृत्यु की सूचना देने में देरी के कारण है		
·		
 5. उसके जन्म/मृत्यु प्रमाण पत्र की बोषणा:		के लिए आवश्यकता है;
71971.		
☐ मैं, घोषणा करता/करती हूं कि उपरोक्त जानकार उपरोक्त घटना की सूचना किसी भी पंजीकार को नहीं दी		
☐ मैं, घोषणा करता/करती हूं कि उपरोक्त जानकार उपरोक्त घटना की सूचना किसी भी पंजीकार को नहीं दी		
च मैं, घोषणा करता/करती हूं कि उपरोक्त जानकार उपरोक्त घटना की सूचना किसी भी पंजीकार को नहीं दी गया है।		ई जन्म/मृत्यु प्रमाण पत्र जारी नहीं किया

टिप्पणियाँ:

- 1. दिनांक, जहां कहीं भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनांक है, mm दो अंकों में महीना है और yyyy चार अंकों में वर्ष है जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी गई, उसे पूरा लिखा जाना चाहिए है, उदाहरण के लिए 01-01-2023 को एक जनवरी दो हजार तेईस के रूप में लिखा जाएगा। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों को रिकॉर्ड करने के लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें।
- 2. नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
- 3. पता, जहां भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 15

(नियम 16अ देखें)

अपील का प्रारूप

(जिला पंजीकार/मुख्य पंजीकार को प्रस्तुत किया जाना है)

(जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 25(अ) के अंतर्गत)

1. किसी कार्रवाई या आदेश से व्यथित : पंजीकार/जिला पंजीकार या पंजीकार/जिला पंजीकार के रूप में कार्य करने के लिए अधिकृत कोई अधिकारी (कार्यालय का विवरण नीचे दिया गया है)

गांव/शहर मोहल्ला

(194	131411	जिला	119/816	416	आई.डी.	अधिकारी जो कि पंजीकार/जिला पंजीकार के रूप में कार्य करने के लिए अधिकृत हो, का नाम		
2. अपील	2. अपील की ओर ले जाने वाली घटना का विवरण, दिनांक और आदेश संख्या आदि के साथ ।							
(घटन	ा का विस्तृ	त विवरण प्रद	ान करें, यदि	आवश्यक ह	हो तो अनुलग्नव	तों का उपयोग करें) 		
घोषणाः								
	अपने सर्वो	तम ज्ञान और	विश्वास के अ	ाधार पर स	रच्ची जानकारी [:]	प्रदान की है।		
						(अपीलकर्ता के हस्ताक्षर)		
दिनांक :						D D - M M - Y Y Y Y		

अपीलकर्ता विवरण :

राज्य जिला

उप-

नाम	पता	आधार संख्या	ईमेल आईडी	मोबाइल नं.

टिप्पणियाँ:

- 1. कृपया इस फार्म की एक प्रति अपने रिकॉर्ड के लिए अपने पास रखें।
- 2. अपील, यदि कोई हो, 30 दिनों की अवधि के भीतर जिला पंजीकार/मुख्य पंजीकार को अवश्य प्रस्तुत की जानी चाहिए।
- 3. दिनांक, जहां भी हो, को dd-mm-yyyy प्रारूप प्रदान किया जाना चाहिए, जहां दिनांक दो अंकों में है, mm दो अंकों में महीना है और yyyy चार अंकों में वर्ष है जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी जाती है उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 लिखा जाएगा एक जनवरी दो हजार तेईस के रूप में। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों को रिकॉर्ड करने के लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें।
- 4. नाम, जहां कहीं भी हो, [पहला नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
- 5. पता, जहां कहीं भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली के उप-राज्यपाल के आदेश से तथा उनके नाम पर,

गणेश सिंह रावत, निदेशक एवं मुख्य पंजीकार (जन्म एवं मृत्यु)

आर.य. पंजीकार/जिला पंजीकार या कोई भी अधिकत

DIRECTORATE OF ECONOMICS AND STATISTICS AND OFFICE OF THE CHIEF REGISTRAR (BIRTHS & DEATHS)

NOTIFICATION

Delhi, the 11th October, 2024

- **No. F. 4(43)/VS/DES/2024/ 5773.**—In exercise of the powers conferred by section 30 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (Act no. 18 of 1969) the Lt. Governor of the National Capital Territory of Delhi with the approval of the Central Government, hereby frames the Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024 to amend the Delhi Registration of Births and Deaths Rules, 1999 namely: —
- 1. (1) These rules may be called the Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024.
 - (2) They shall come into force from the date of their publication in the Official Gazette.
- 2. In the Delhi Registration of Births and Deaths Rules,1999 (hereinafter referred to as the principal rules), in rule 5, after sub-rule (3), the following sub-rules shall be inserted, namely:—
- "(4) Name, wherever it occurs, in Forms referred to in Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024, shall be provided in the format of (first name) (middle name) (last name) and the name shall not contain any abbreviations.
- (5) Date, wherever it occurs, in Forms referred to in Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024, shall be provided in the format of dd-mm-yyyy, where dd is the date in two digits, mm is the month in two digits and yyyy is the year in four digits.
 - (6) The address, wherever it occurs, in Forms referred to in Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code."
- 3. In rule 7 of the principal rules,
 - (a) in the marginal heading, for the word, figures and brackets "section 10(3)", the words, brackets and figures "sub-sections (2) and (3) of section 10" shall be substituted;
 - (b) after the words "certificate as to the cause of death", the words, "including the history of illness, if any," shall be inserted;
 - (c) for the words, brackets and figure "sub-section (3)", the words, brackets and figures "sub-sections (2) and (3)" shall be substituted;
 - (d) for the words, figures and letter "Form No.4 or 4A", the words, figures and letter "Form No. 4 and 4A respectively" shall be substituted.
- 4. In rule 8 of the principal rules,
 - (a) in the marginal heading, for the words "Extracts of registration entries to be given", the words "Certificate of registration of births or deaths to be given" shall be substituted;
 - (b) in the sub-rule (1),
 - (i) for the words "extracts of particulars", the words "certificate of birth or death extracted" shall be substituted;
 - (ii) after the words "given to an informant", the words ",electronically or otherwise," shall be inserted;
 - (c) for sub-rule (2), the following sub-rule shall be substituted, namely:-
 - "(2) In the case of domiciliary events of births and deaths, as the case may be, referred to in clauses (a), (aa), (ab) and (ac) of sub-section (1) of section 8 which are reported direct to the Registrar of
 - Births and Deaths, the head of the house or household, as the case may be, or, in his absence, the nearest relative of the head present in the house, or, in his absence, the oldest adult person present, the adoptive parents, the parent, and the biological parent, as the case may be, may obtain electronically or otherwise the certificate of birth or death from the Registrar within thirty days of its reporting.";
 - (d) in sub-rule (3),—
 - (i) after the words "shall transmit", the words ",electronically or otherwise," shall be inserted;
 - (ii) for the word "extracts", the word "certificate" shall be substituted;
 - (iii) after the words "present in the house", the words "or, in his absence, the oldest adult person present," shall be inserted;

- (e) in sub-rule (4),—
 - (i) for the words, brackets and letters "births and deaths referred to in clauses (b) to (e)", the words, brackets and letters "births and deaths, as the case may be, referred to in clauses (b) to (e) and (da), (db) and (dc)" shall be substituted;
 - (ii) for the word "collect", the words "obtain electronically or otherwise" shall be substituted;
 - (iii) for the word "extract", the word "certificate" shall be substituted;
- (f) in sub-rule (5), for the word "extract", the word "certificate" shall be substituted.
- 5. In rule 9 of the principal rules,
 - (a) in sub-rule (1), for the words "rupee two", the words "twenty rupees" shall be substituted;
 - (b) for sub-rules (2) and (3), the following sub-rules shall be substituted, namely:—
 - "(2) Any birth or death of which delayed information is given to the Registrar after thirty days but within one year of its occurrence, shall be registered only with the written permission of the District Registrar or the officer prescribed in this behalf and on payment of a late fee of fifty rupees and on production of self-attested document, electronically or otherwise, in Form No. 14.
 - (3) Any birth or death of which delayed information is given to the Registrar after one year of its occurrence, shall be registered only on an Order made by a District Magistrate or Sub-Divisional Magistrate or by an Executive Magistrate authorised by the District Magistrate, having jurisdiction over the area where the birth or death has taken place and on payment of a late fee of one hundred rupees."
- 6. In rule 12 of the principal rules, after the words and figure "Forms No. 1", the figure and letter ",1A" shall be inserted.
- 7. In rule 13 of the principal rules,
 - (a) in sub-rule (1),-
 - (i) for the words "an extract", the words "a certificate of birth or death" shall be substituted;
 - (ii) for the words and figures "issued under section 17, shall be as follow", the words and figures "issued under section 17, electronically or otherwise, shall be as follows" shall be substituted;
 - (iii) for the word "Re.", the word "Rupees" shall be substituted;
 - (iv) for the figures "2.00", wherever it occurs, the figures "20.00" shall be substituted respectively;
 - (v) in clause (c),
 - (I) for the word "extract", the word "certificate" shall be substituted;
 - (II) for the figures "5.00", the figures "50.00" shall be substituted;
 - (b) in sub-rule (2), for the words "extract in regard to a birth or death shall be issued", the words and figures "certificate on the basis of extract from the register relating to birth or death shall be issued under section 17," shall be substituted;
 - (c) in sub-rule (4), for the word "extracts", the word "certificate" shall be substituted.
- 8. In rule 16 of the principal rules, for sub-rule (2), the following sub-rule shall be substituted, namely:—
 - "(2) Any such offence may be compounded on payment of such sum, not exceeding two hundred and fifty rupees for offences under sub-sections (1), (2) and (4), fifty rupees for offences under sub-section (3), and one thousand rupees in respect of each birth or death for offences under sub-sections (1A) and (4A) of section 23, as the said officer may think fit.".
- 9. After rule 16 of the principal rules, the following rule shall be inserted, namely:—
 - "16A. Appeal.—An appeal under sub-section (1) of section 25A shall be preferred in Form No. 15".
- 10. In rule 17 of the principal rules,
 - (a) in sub-rule (2), for the words and figures "court orders and orders of the specified authorities granting permission for delayed registration received under section 13 by the Registrar", the words, brackets and figures "permission granted under sub-section (2) of section 13 and the orders issued under sub-section (3) of section 13 for delayed registration received by the Registrar" shall be substituted;
 - (b) in sub-rule (3), for the words, brackets and figure "sub-section (3)", the words, brackets and figures "sub-sections (2) and (3)" shall be substituted.
- 11. In the principal rules, for the Forms 1, 1A, 2, 3, 4, 4A, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 and 13, the following Forms shall be substituted, namely:—

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO. 1 (See rule 5) BIRTH REPORT Legal information (SEE DESCRIPTION OF TRANSPORTED OF TRANSP

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO.1 (See rule 5) BIRTH REPORT Statistical information

	[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS] This part to be added to the Birth Register			[SEE REVERSE This part to be detach	FOR INSTRUCTION ed and sent for statist	
	To be filled by the informant			To be filled by the		•
1.	A SERVICE CONTROL OF C		10.	12	of Residence of t	he mother (Place
2.	The same of particular tree areas from the same of the		10.	where the mother	usually lives. This ca	in be different from
	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):			entry "Town" or "V	ne delivery occurred illage" and write its	name):
3. (a)	Child's Details (If not named, leave blank):- Name, if any: First Name Middle Name Last Name			Town or Village: District:	Sut State or Union)-district:
(b)	Aadhaar No. (if available):			PIN Code:	July of Gridi	
4.	Father's Details:-		11.	For Religion (E	nter appropriate re	eligion "Hindu" or
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name		1999	Muslim" or "Christi "Other" (Please sp	an" or "Sikh" or "Bu	ddhist" or "Jain" or
(b)	Aadhaar No. (if available):		(a)	Religion of Fathe		
(c)	Mobile No: Email Id:		(b)	Religion of Moth	er:	
5.	Mother's Details:-	Г	12.	Father's level of	education:	
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	SILIC	13.	Mother's level of	5.000.000.000.000	
(b)	Aadhaar No. (if available):	See				
(c) (d)	Mobile No: Email (d:	pro	14.	Father's Occupat	tion:	
(4)	PROPERTY OF THE PROPERTY OF TH	E	15.	Mother's Occupa	tion:	
6.	Address of parents at the time of Birth of the Child: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available):	tatis	16.	Age of the mothe	r (in completed ye	ars) at the time of
	Town or Village: Sub-district: District:	OT S		marriage (If ma	rried more than o	
	State or Union Territory: PIN Code:	ant f	154547711	marriage is to be v		
7.	Permanent address of parents: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available):	ys p	17.	Age of the mother this birth:	r (in completed ye	ars) at the time of
	Town or Village: Sub-district: District:	ā	40	Number of shild	ren born alive to t	ha wathar sa far
2000	State or Union Territory: PIN Code:	chec	18.	including this ch	ild (Number of chil	dren born alive to
8.	Place of birth(Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the birth took place	letad		include also those	from earlier marria	ge(s), if any):
	: 1.Hospital/ Institution Name :	To be detached and sent for statistical processing	19.	Type of attention below):	at delivery (Tick the	e appropriate entry
	2. House 3. Other place Address: House No:	2		DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF	ional-Government	
	Locality: Ward number (in case of town and if available):			Institut	ional - Private or N	
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:				, Nurse or Trained I onal Birth Attendant	
	5445 5 5415 TS 115 TS 15				es or others	
9.	Informant's Details:		20.		ry (Tick the appropr	ate entry below):
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			Natura Caesa		
(b)	Aadhaar No. (if available):				os/Vacuum	
(c)	Mobile No: Email Id:		21.	Rirth Weight (in I	(gs.) (if available):	
(e)	Address :House No:		9000000			
Table 2	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:		22.	Duration of pregi	nancy (in weeks):	
7223	State or Union Territory: PIN Code:					
31-31-56-5	.ARATION: ave furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties					
unde	r section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting					
Subs	information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other idies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.				tiple births, fill in as te 'Twin birth' or 'Tri	
/After	completing all columns 1 to 22,			the case may be,	in the remarks col	
	nant will put date and signature)			below left.)		
Dat	e: DD - MM - YYYY Signature or		(Cole	umns to be filled are	over. Now put signa	ture at left)
	left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar				To be fille	ed by the Registrar
	To be made by the regional				Name	Code No.
	stration No. :			District		
	tration Date: DDD - MM - YYYYY tration Unit:			Sub-District		
	/ Village:			Town/Village:		7
	District:			Registration Unit:	W.	7
Distri				Registration No. :	nini inin	- Iwi of als
Kema	irks (if any):		1 2	Registration Date:	DI INIM	- T Y Y
			1 2	Date of Birth: D Sex: Male / Female	Transgender perce	n I I I I
			1 7	Place of Birth: 1. Hos		
				olace		
None	and Signature of the Registrar				1423470 y 2 0000000000000	
1.401111	and orgination of the regional		1 1	Name and Signature	of the Registrar	

Instructions for completing the Form 1: BIRTH REPORT

Item No.	Instructions							
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits. Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.							
2	Enter "Male" o	or "Female" or	"Transgender Person"	". Do not use abbreviation.				
3,4,5,9	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name]. If child is not named, leave blank.							
	Birth can be registered without name of the child. However, name of child can be inserted, free of charge, within 12 months of registration (Refer Rule 10 of State Rules).							
6,7,8,9				me of State or Union Territ ad if available), Locality, Hou				
8	Tick the appro	priate entry for	place of birth					
	1. Hospi	tal / Institution						
	2. House	e						
	3. Other	place						
	Give the name where the birth		the "Hospital / Instit	ution" or the address of the "	House" or 'Other place"			
10	Town or Village of residence of the mother: Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. The house address is not required to be entered.							
12,13	Level of Educa	ation – Write or	ne of following—					
	1.Pre- Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor / Undergraduate	21. Literate without formal education			
	2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate			
	3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate				
	4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil				
	5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma / Certificate	20. Doctorate & above				
	(Enter the com VI)	pleted level of	education e.g. if stud	lied upto class VII but passed	l only class VI, write class			
14, 15	Occupation - V	Vrite one of fol	lowing—					
	1. Cultiv	ator						
	2. Agric	ulture Laboure	r					
	3. Daily	Wages Earner(Other than Agricultu	re Labourer)				
	4. Single	e/Family Work	er/Self Employed					
	5. Emple	oyer						
	6. Gover	rnment Employ	ree					
	7. Privat	e Employee(O	ther than Domestic H	elper)				
	8. Dome	estic Helper						
	9. Non-	Worker						

Note: The informant must ensure that no item in the Birth Report Form is left blank to the extent possible.

GO\	T. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO.1A (Legal information)(See rule 5) BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD [SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS] This part to be added to the Birth Register	FOF	RM NO BIRT [S	NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI 1A (Statistical information) (See rule 5) H REPORT FOR ADOPTED CHILD EE REVERSE FOR INSTRUCTIONS)
	Section → Assistance and reservation of the Section → S	This	part to	be detached and sent for statistical processing To be filled by the informant
1*. 2*.	To be filled by the informant Date of Birth: DDD - MMM - Y Y Y Y Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):		14.	For Religion [Enter appropriate religion "Hindu" or Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist"
3. (a)	Child's details (if name is changed on adoption, write new name):- Name of the Child First Name Middle Name Last Name			or "Jain" or "Other" (Please specify)]
(b)	Aadhaar No. (if available):		(a)	Religion of Adoptive Father:
4*. (a)	Mother's Details (If known):- Name: First Name Middle Name Last Name		(b)	Religion of Adoptive Mother:
(b)	Aadhaar No. (if available): Mobile No:		15.	Adoptive Father's level of education:
(d)	Email Id:		0.55	
5*. (a)	Father's Details (If known):- Name: First Name Middle Name Last Name		16.	Adoptive Mother's level of education:
(b)	Aadhaar No. (if available): Mobile No:	sing	17.	Adoptive Father's Occupation:
(d) 6.	Email Id: Details of adoption deed/order:-	be detached and sent for statistical processing	18.	Adoptive Mother's Occupation:
(a)	Date: D D - M M - Y Y Y Y	calpr		
(b)	Number of Adoption deed / order.	isti		
7. (a)	Adoptive Mother's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name	Sta		
	Aadhaar No. (if available):	ō		
(b)	Mobile No:	Ħ		
(c)	Email Id:	Se		
8.	Adoptive Father's Details:-	and		
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	pe		
(b)	Aadhaar No. (if available):	che		
(c)	Mobile No:	eta		
(d)	Email Id:	D		
9.	Address of adoptive parents as recorded in Adoption deed / order: House No:	To be		
	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:	ĭ		
40	State or Union Territory: PIN Code:			
10.	Permanent address of adoptive parents: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available):			
	Town or Village: Sub-district: District:			
	State or Union Territory: PIN Code:			
11*.	Place of birth: (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the 'Institution' or the address of the 'House' or 'Other place' where the birth took place): 1. Hospital/ Institution Name:			
	House 3. Other place Address: House No. Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:			
12.	State or Union Territory: PIN Code:			
12.	If adoption through agency write the address of the Adoption agency: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available):			
	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:			
	State or Union Territory: PIN Code:			
13.	Informant's Details:-			
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			
(b)	Aadhaar No. (if available):			
(c)	Mobile No:			
(d)	Email Id:			
(e)	Address: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: PIN Code:			
DEC	ARATION: ☐ I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the			
penal false	ties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits			
	ervices) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication. completing all columns 1 to 18.			
	nant will put date and signature)			
Date		(Coli	umns t	be filled are over. Now put signature at left)
	left thumb mark of the informant			
Dear	To be filled by the Registrar	-		To be filled by the Registrar
	tration No. :	Dis	tnct	Name Code No.
	tration Date: DDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDD	Su	b-Distr	ct
	/ Village: Sub-District:	Regi	wn/Villa stration	Unit: Registration No. :
		1	stration	Control of the Contro
Distric				
Rema	rks (if any):		of Birtl	r: DD - MM - YYYYY / Female / Transgender person
				th: 1. Hospital/Institution 2. House
			e or Bir ther pla	
				00000
None	and Signature of the Registrar	Mari	000	Signature of the Decister
Name	and orginature of the Registrat	Nam	e and	Signature of the Registrar

Instructions for completing the Form 1A: BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD

Item No.	Instructions										
1, 6	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three.										
	If date of birth is unknown, record the date of birth as reflected in adoption order or deed, as the case may be.										
	Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.										
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.										
3,4,5,7,8,13	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].										
9,10,11,12,13	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.										
15,16	Level of Educ	ation – Write o	one of following—								
	1.Pre- Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor / Undergraduate	21. Literate without formal education						
	2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate						
	3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate							
	4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil							
	5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma / Certificate	20. Doctorate & above							
	(Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)										
17,18	Occupation - '	Write one of fo	ollowing—								
	1. Culti	vator									
	2. Agric	culture Laboure	er								
	•	•	r(Other than Agricul	lture Labourer)							
		-	ker/Self Employed								
	5. Employer6. Government Employee7. Private Employee(Other than Domestic Helper)										
		estic Helper									
	9. Non-	Worker									

Note: The informant responsible for reporting birth event of adopted child shall be as per the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023).

The informant must ensure that no item in the form for Birth Report for Adopted Child is left blank to the extent possible.

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO.2 (See rule 5)
DEATH REPORT
Legal information
[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]
This part to be added to the Death Register

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO.2 (See rule 5)
DEATH REPORT
Statistical information
[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]
This part to be detached and sem for statistical processing

	To be filled by the informant			To be filled by the informant
1.	Date of Death: D D - M M - Y Y Y Y		11.	Town or village of Residence of the deceased (Place
2.	Deceased's Details:-	1	2,000	where the deceased usually lived. This can be different from
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			the place where the death occurred. Tick appropriate entry
(b)	Aadhaar No. (if available):	1		"Town" or "Village" and write its name): Town or Village: Sub-district:
(c)	Date of Birth (if available): DDD - MM - YYYYY			Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory:
(d)	Age			PIN Code:
3.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):	1		THY COUC.
1500		1	12.	Religion(Enter appropriate religion "Hindu" or "Muslim" or
4.	Mother's Details:-	1		"Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or "Other"
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			(Please specify)):
(b)	Aadhaar No. (if available):		13.	Occupation of the deceased:
(c)	Mobile No:			occupation of the deceased.
(d)	Email Id:		14.	Tons of Madical Assessing accepted before death (Tiel)
5.	Father's Details:-	D D	14.	Type of Medical Attention received before death (Tick the appropriate entry below):
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	SSI		1. Institutional
(b)	Aadhaar No. (if available):	processing		Medical attention other than Institution
25597		P		No Medical attention
(c)	Mobile No:	1 =	15.	Was the cause of death medically certified? (Tick the
(d)	Email ld.	statistical		appropriate entry below):
6.	Spouse's (husband / wife) Details:	tis:		1. Yes 2. No
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	Ste	16.	
(b)	Aadhaar No.(if available):	ō	10.	Name of Disease or Actual Cause of Death (For all deaths irrespective of whether medically certified or not):
(c)	Date of Birth (if available): DD - MM - YYYYY	sent for		deaths mespective of whether medically defined of flot;
(d)	Age (in completed years):	Se	17.	In case this is a female death, did the death occur while
(e)	Mobile No:	12	34.00	pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after
(f)	Email Id.	22		the end of pregnancy (Tick the appropriate entry below):
97,250,8		To be detached and		1. Yes 2. No
7.	Address of the deceased at the time of death: House No:	act		If used to habitually smoke –
	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:	let	18.	for how many years?
	State or Union Territory: PIN Code:	9		The second secon
	State of Official Ferniory.	o p	650	If used to habitually chew tobacco in any form –
8.	Permanent address of the deceased: House No:	F	19.	for how many years?
	Locality: Ward number (in case of town and if available).			If used to habitually chew arecanut in any form
	Town or Village: Sub-district: District:		20.	(including pan masala) -
	State or Union Territory: PIN Code:		20.	for how many years?
9.	Place of death (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of			\$100.000 (100.000000000000000000000000000
100-00	the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the death took			If used to habitually drink alcohol -
	place): 1.Hospital/Institution Name:		21.	for how many years?
	TOUGHT AND THE TOUGHT			
1	House 3. Other place Address: House No:			
1				
	Locality: Ward number (in case of town and if available):			
	Town or Village: Sub-district: District:			
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
10.	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name			
(a) (b)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Addhaar No.(if available): Last Name Mobile No: Email Id:			
(a) (b) (c)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Informant's Details:- Address: House No.:			
(a) (b) (c) (d)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Informant's Details:- Mobile No: Informant's Details:- Mobile No: Informant's Details:- Mobile No: Informant's Details:- Mobile No: Informant's Details:- World available No: Informant's District: Locality: Ward number (in case of town and if available):			
(a) (b) (c) (d)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Addhaar No. (if available): Informant's District: Mobile No: Informant's District: Distr			
(a) (b) (c) (d) (e)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Addhaar No.(if available): Informant's District: Mobile No: Informant's District: District: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's District: Distri			
(a) (b) (c) (d) (e)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Informant Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: ARATION: Information to the best of my knowledge and belief. I am			
(a) (b) (c) (d) (e)	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Informant Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): State or Union Territory: PIN Code: Information to the best of my knowledge and belief. I am of the penaltics under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended)			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Middle Name Last Name Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: Middle Name Last Name ARATION: have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadha	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email lid: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: ARATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of sar authentication.			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadha	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No.(if available): Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No.(if available): Information: District: Distric			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadhe To availa	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No.(if available): Mobile No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: Death Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of sar authentication. The best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not ble.			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadha ☐ To availa (After	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No.(if available): Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No.(if available): Information: District: Distric			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadhe Caralla	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 33) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of car authentication. The best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not bile. Completing all columns 1 to 21, cant will put date and signature)	(C)	anula	to be filled are over. Now put signature at left)
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadha ☐ To availa (After	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 33) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of car authentication. The best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not bile. Completing all columns 1 to 21, cant will put date and signature)	<u>⊗</u>	ulumns	to be filled are over. Now put signature at left) To be filled by the Registrar
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadhe To availa (After inform	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	(CC		To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadhe To availa (After inform Date	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No.(if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: Destrict: District: State or Union Territory: PIN Code: Destrict: District: State or Union Territory: ARATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of sar authentication. The best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not bite. completing all columns 1 to 21, sant will put date and signature) To be filled by the Registrar tration No.:	(CC	Distr.	To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadhe Aadhe finform Date Regis	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No.(if available): Mobile No:	(CC	Distr Sub-	To be filled by the Registrar Name Code No. District
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 200 Finant Aadhe Toforn Date Regis Regis Regis	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	(0.	Distr Sub-	To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 20 Finan Aadhe To availa (After inform Date Regis Regis Town	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: District: State or Union Territory: PIN Code: District: District: State or Union Territory: PIN Code: District: Dis	(CC	Distr Sub- Tow	To be filled by the Registrar Name Code No. District
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 200 Finan To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-E	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies. To be filled by the Registrar tration No.: Tration Date: Da	(00	Distr Sub- Town Regist	To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 200 Finan To availa (After inform Date Regis Regis Regis Town Sub-E District	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for a	(60	Distr Sub- Town Regist Regist	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village: tration Unit: tration No.:
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadh To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-L Distric Rema	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I ame of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and the subsidies of the Informant of the Informant To be filled by the Registrar tration No.: Tration Date: Date May Yay Yay Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Information In th	(CC	Distriction Sub- Town Registriction Registriction Registri	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village: tration Unit: tration Date: DD - MM - Y Y Y Y
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadh To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-L Distric Rema	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsicies, benefits and Services) Act, 2016, for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for authentication of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for a	(00	Distr Sub- Town Regist Regist Regist Date o	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village : tration Unit : tration Date: DD - M M - Y Y Y Y f Death : DD - M M - Y Y Y Y
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadh To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-L Distric Rema	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I ame of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and the subsidies of the Informant of the Informant To be filled by the Registrar tration No.: Tration Date: Date May Yay Yay Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Information In th	(0.	Distr Sub- Town Regist Regist Regist Date of Sex :	To be filled by the Registrar Name Code No. -District n/Village : tration Unit : tration Date: DD - MM - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadh To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-L Distric Rema	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I ame of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and the subsidies of the Informant of the Informant To be filled by the Registrar tration No.: Tration Date: Date May Yay Yay Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Information In th	(CC	Distriction Distri	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village: tration Unit: tration Date: D D - M M - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person f deceased:
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadh To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-L Distric Rema	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I ame of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and the subsidies of the Informant of the Informant To be filled by the Registrar tration No.: Tration Date: Date May Yay Yay Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Information In th	(Cc	Distriction Distri	To be filled by the Registrar Name Code No. -District n/Village : tration Unit : tration Date: DD - MM - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadh To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-L Distric Rema	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I ame of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and the subsidies of the Informant of the Informant To be filled by the Registrar tration No.: Tration Date: Date May Yay Yay Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Information In th	(00	Distriction Distri	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village: tration Unit: tration Date: D D - M M - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person f deceased:
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadh To availa (After inform Date Regis Regis Town Sub-L Distric Rema	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id: Address: House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: District: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I ame of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 3) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of call and the subsidies of the Informant of the Informant To be filled by the Registrar tration No.: Tration Date: Date May Yay Yay Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Informant To be filled by the Registrar tration Unit: If Village: No. In the Information of the Information In th	(CC	Distr Sub- Town Regist Regist Regist Date of Sex : Age of Place	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village: tration Unit: tration Date: D D - M M - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person f deceased:

Instructions for completing the Form 2: DEATH REPORT

Item No.	Instructions							
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.							
2,4,5,6,10	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].							
3	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.							
2(d)	If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months, and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.							
7,8,9,10	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.							
9	For Place of death tick the appropriate entry 1. Hospital / Institution 2. House 3. Other place Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the death took place.							
11	Town or Village of the Residence of the deceased: Place where the deceased usually lived. This can be different from the place where the death occurred. The house address is not required to be entered.							
13	Occupation - Write one of following— 1. Cultivator 2. Agriculture Labourer 3. Daily Wages Earner(Other than Agriculture Labourer) 4. Single/Family Worker/Self Employed 5. Employer 6. Government Employee 7. Private Employee(Other than Domestic Helper) 8. Domestic Helper							
	9. Non-Worker							

Note: The informant must ensure that no item in the Death Report Form is left blank to the extent possible.

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO.3

(See rule 5)

STILL BIRTH REPORT

Legal information

[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]

This part to be added to the Still Birth Register

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO.3

(See rule 5)

STILL BIRTH REPORT

Statistical information [SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]

This part to be detached and sent for statistical processing

	To be filled by the informant			To be filled by the informant
1.	Date of Birth: DD - MM - Y Y Y Y		7.	Town or village of Residence of the mother (Place where
2.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):			the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. Tick appropriate entry "Town"
	Father's Details:-			or "Village" and write its name):
3.	Name: First Name Middle Name Last Name			Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory:
(a)				PIN Code: State of Official Ferritory.
(b)	Aadhaar No. (if available):			
(d)	Mobile No: Email Id:		8.	Age of the mother (in completed years) at the time
4.			٥.	of this birth :
	Mother's Details:-			
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name		9.	Mother's level of education:
(b)	Aachaar No.(if available): Mobile No:	0	10.	Type of attention at delivery (Tick the appropriate entry
(d)	Email Id:	Sing	10.	below):
_	Di- Al-A-T-1-1	ces		Institutional-Government
5.	Place of birth(Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the birth	bro		Institutional – Private or Non-Government
	took place):	8		Doctor, Nurse or Trained Midwife Traditional Birth Attendant
	1.Hospital/Institution Name:	tisti		Relatives or others
	House 3. Other place Address: House No. Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village:	To be detached and sent for statistical processing	100	
	Sub-district: District:	for	11.	Duration of pregnancy (in weeks):
	State or Union Territory: PIN Code:	ent	12.	Cause of foetal death (if known):
6.	Informant's Details:	s pu		8-1-8
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	a		
(b)	Aadhaar No. (if available):	hec		
(c)	Mobile No:	etac		
(d) (e)	Email Id: Address :House No:	p e		
(-,	Locality: Ward number (in case of town and if available):	o p		
	Town or Village: Sub-district: District:	-		(In the case of multiple births, fill in a separate form for
DECL	State or Union Territory: PIN Code: ARATION:			each child and write 'Twin birth' or 'Triple birth' etc., as
	ave furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the			the case may be, in the remarks column in the box below left.)
	ies under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) bmitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of			latt.)
Finan	cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by			
100 markets	f Aadhaar authentication.			
(After	completing all columns 1 to 12, ant will put date and signature)			
Date		(Co.	lumns ti	o be filled are over. Now put signature at left)
1,77,30,3	left thumb mark of the informant			
\vdash	To be filled by the Registrar	+		To be filled by the Registrar Name Code No.
Regis	tration No. :		Distric	10000000
	tration Date: D D - M M - Y Y Y Y			
	tration Unit:			District
- version	/ Village:		Iown	/Village :
	istrict:		Desire	nation 1 late :
Distric		1		ation Unit:
Kema	rks (if any):			ation No. : ation Date: DDD- MM - YYYYY
			7117011	
				Birth: D D - M M - Y Y Y Y Male (Formula (Transported parson
				Male / Fernale / Transgender person of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place
			i lact 0	in Dirth. 1. 1105phairmontunon 2. Flouse 3. Other pidde
	10 4 5 5 5			
Name	and Signature of the Registrar		Name a	and Signature of the Registrar

Instructions for completing the Form 3: STILL BIRTH REPORT

No.	Instructions											
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.											
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.											
3,4,6	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].											
5,6	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.											
5	For Place of birth tick the appropriate entry											
	1. Hospital / Institution											
	2. House	2										
	3. Other	place										
	Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the birth took place.											
7	Town or Village of residence of the mother: Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. The house address is not required to be entered.											
9	Level of Educa	ntion – Write one	e of fol	lowing—								
	1.Pre- Primary	6.Class 5	11.Cl	ass 10	16.Bachelor Undergraduate	/	21. Literate without formal education					
	2.Class 1	7.Class 6	12.Cl	ass 11	17. PG Diploma		22. Illiterate					
	3.Class 2	8.Class 7	13.Cl	ass 12	18. Master / Post	graduate						
	4.Class 3	9.Class 8	14.IT	I	19. M.Phil							
	5.Class 4	10.Class 9	15.Di Certif	ploma /	20. Doctorate & a	lbove						
	(Enter the com	pleted level of e	ducatio	on e.g. if studie	ed upto class VII bu	t passed on	ly class VI, write class VI)					
12.	Cause of foetal	death – Write o	ne of f	ollowing—								
	1. Bleeding (Hamorrhage)		7. Diabetes in	n the mother	etion in the mother us B19						
	2. Problems v	vith Placental		8. Infection i Coxsackie vi		14. Infection in the mother Q fever						
	3. Problem with umbilical cord			9. Infection i Herpes simple		15. Infection in the mother Rubella (German measles)						
	4. Pre-eclamp	osia		10. Infection Leptospirosis	in the mother	16.Infection in the mother Flu 17. Infection in the mother Toxoplamosis						
	5. Genetic ph baby	ysical defect in t	the	11. Infection Lyme disease	in the mother e							
	6. Liver disor (obstestriccho	der in the mothe plestas)	er	12. Infection Malaria	in the mother	18. Not s	tated					

Note: The informant must ensure that no item in the Still Birth Report Form is left blank to the extent possible.

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO. 4 (See rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(Hospital In-patients. Not to be used for still births)

To be sent to Registrar along with Form No. 2 (Death Report)

A copy of this certificate to be provided to the nearest relative of the deceased

Name of the Hosp I hereby certify the									
Time On D D	-	M M	- Y	Y Y Y	at		. A.M. / P.M	1.	
NAME OF DECEASI	ED:	First Nan	ne	Middle Name	Last Name				For use of
Sex		<u> </u>	Age at Death						Statistical Office
	•			Tless than 1 year, age in month	If less than one month, age in days			If less than one day, age in hours	
 Male Female Transgender person 									
CAUSE OF DEA	TH			(a)				Interval between onset and death	
Immediate cause State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc. Antecedent cause Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions last due to (or as a consequences of) due to (or as a consequences of)							approx.		
Other signific contributing to t related to the discausing it	he	death bu		t					
Manner of Death					Н	ow	did the injur	y occur?	
1. Natural 2. Acc	ider	ıt 3. Sui	cide	4. Homicide					
5. Pending investig	gatio	on							
If deceased was a	fem	ale, was 1	oregna	ancy the death a	ssociated wi	th?	1. Ye	s 2. No	
If yes, was there a	deli	very?	. Yes	2. No					
				Name a	nd signature	of t	he Medical A	Attendant certifying	ng the cause of death
					Date of	ve	rification :	D D - N	1 M - Y Y Y Y
				SEE REVER	SE FOR INS	TR	UCTIONS		

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Directions for completing the form

Name of deceased: To be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name]. If deceased is an infant, not yet named at time of death, leave blank.

Age: If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.

Cause of Death: This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts, I and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, lobar pneumonia, cardiac beriberi, are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often, however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in Part I(a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure, etc. These terms should not be appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so, enter the antecedent cause in Part I, line (b). Sometimes there will be three stages in the course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death; but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If the other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificates as legibly as possible to avoid the risk of their being misread.

Onset: Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately, e.g., "from birth" "several years".

Accidental or violent deaths: Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example: (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

Maternal deaths: Be sure to answer the question on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age, even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

Old age or senility: Old age (or senility) should not be given as a cause of death if a more specific cause is known. If old age was a contributory factor, it should be entered in Part II. Example: (a) Chronic bronchitis, II old age.

Completeness of information: A complete case history is not wanted, but, if the information is available, enough details should be given to enable the underlying cause to be properly classified.

Example :Anaemia – Give type of anaemia, if known. Neoplasm – Indicate whether benign or malignant, and site, with site of primary neoplasm, whenever possible, Heart disease – Describe the condition specifically; if congestive heart failure, chronic on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. Tetanus – Describe the antecedent injury, if known. Operation – State the condition for which the operation was performed. Dysentery – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. Complications of pregnancy or delivery – Describe the complication specifically, Tuberculosis – Give organs affected.

Symptomatic statement: Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility, etc., are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. Sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptom.

Manner of Death: Deaths not due to external cause should be identified as 'Natural'. If the cause of death is known, but it is not known whether it was the result of an accident, suicide or homicide and is subject to further investigation, the cause of death should invariably be filled in and the manner of death should be shown as 'Pending investigation'.

In accordance with the provisions of section 10(2) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023), a certificate of cause of death shall be given to the Registrar and a copy of the same to the nearest relative of the deceased.

FORM NO. 4A

(See rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(For non-institutional deaths. Not to be used for still births)
(To be given to the person required under the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) to give information concerning the death to Registrar along with Form No. 2 (Death Report)

NAME OF DECEASED	: First Name	Middle Name La	ast Name		
	1.1.51.130115	III MARCONINCO CI MITO PROGRA	ge at Death		T 004
Sex	If 1 year or more,	If less than 1 year, age	If less than one month,	If less than one day, age	For use of Statistical Office
	age in years	in month	age in days	in hours	
Male Female Transgender Person					
nmediate cause State the disease	SE OF DEATH , injury or complication mode of dying s		Interval between onset and death approx.		
	tc. s, if any, giving rise trlying conditions las				
I Other significant condi not related to the disea		he death but			
f deceased was a fem f yes, was there a deli		e death associated with?	1. Yes 2. No	111	
			Name and sig	gnature of the Medical Practition	oner certifying the cause of dea

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Directions for completing the form

Name of deceased: To be provided in the following format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name]. If deceased is an infant, not yet named at time of death, leave blank.

Age: If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.

Cause of Death: This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts, I and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, lobar pneumonia, cardiac beriberi, are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often, however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in Part I(a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure, etc. These terms should not be appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so, enter the antecedent cause in Part I, line (b). Sometimes there will be three stages in the course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death; but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If the other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificates as legibly as possible to avoid the risk of their being misread.

Onset: Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately, e.g., "from birth" "several years".

Accidental or violent deaths: Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example: (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

Maternal deaths: Be sure to answer the question on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age, even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

Old age or senility: Old age (or senility) should not be given as a cause of death if a more specific cause is known. If old age was a contributory factor, it should be entered in Part II. Example: (a) Chronic bronchitis, II old age.

Completeness of information: A complete case history is not wanted, but, if the information is available, enough details should be given to enable the underlying cause to be properly classified.

Example :Anaemia – Give type of anaemia, if known. Neoplasm – Indicate whether benign or malignant, and site, with site of primary neoplasm, whenever possible, Heart disease – Describe the condition specifically; if congestive heart failure, chronic on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. Tetanus – Describe the antecedent injury, if known. Operation – State the condition for which the operation was performed. Dysentery – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. Complications of pregnancy or delivery – Describe the complication specifically, Tuberculosis – Give organs affected.

Symptomatic statement: Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility, etc., are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. Sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptom.

In accordance with the provisions of section 10(3) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023), a certificate of cause of death shall be given to the person required under this Act to give information concerning the death.



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI

State Govt. Emblem

_____विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम)...... DEPARTMENT OF....../ (Name of local bsody issuing certificate)



जन्म प्रमाण-पत्र BIRTH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12 / 17 तथा दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम, 2024 के नियम 8 / 13 के अंतर्गत जारी किया गया)

(Issued under Section 12 / 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) and Rule 8 / 13 of the Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित सूच									0000				
जिलाराज्य													
This is to certify that the following information h register for (local area/local body) of District	as b	een	take	en fro	om t	he c	origir 	nal re	cord	of b	oirth of	which i Sub-di	
नाम/Name:													
लिंग/Sex													
जन्म तिथि/Date of Birth													
जन्म स्थान/Place of Birth													
माता का नाम/Name of Mother													
माता का आधार नं./Aadhaar No.of Mother :	x	x	x	x	x	x	x	x					
पिता का नाम/Name of Father													
पिता का आधार नं./Aadhaar No.of Father :	¥	Y	v	¥	v	Y	¥	v					
बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता/			मा	ता-पि	रेता व	का स्थ	ायी '	यता /					
Address of parents at the time of birth of the chil	d:		Р	erma	aner	nt ad	dres	s of	parei	nts:			
पंजीकरण संख्या/Registration No. :	ų	जीक											
टिप्पणी/Remarks (if any) जारी करने की तिथि /Date of issue:													

प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the issuing authority प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority मोहर/**Seal**



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI

प्रपत्र - 6 Form-6

State Govt. Emblem

......विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम)...... DEPARTMENT OF......./ (Name of local body issuing certificate)

मृत्यु प्रमाण पत्र DEATH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12 / 17 तथा दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम 2024 के नियम 8 / 13 के अंतर्गत जारी किया गया)

(Issued under Section 12 / 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) and Rule 8 / 13 of the Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित सूचन													क्षे
जिला योज्य के रि	जेस्टर में	उलि	लखि	त है	1								
This is to certify that the following information has been	taken fr	rom	the	origii	nal r	ecor	d of	death	n whi	ch is	the r	egister for	(lo
area/local body)	of Su	ıb-di	stric	:t					of Di	strict	t		
of State/Union territory													
नाम/Name:													
मृतक का आधार नं. / Aadhaar No. of deceased :	x	x	x	x	x	x	x	x					
लिंग/Sex						3/					8		
मृत्यु की तिथि/Date of Death													
मृत्यु का स्थान/Place of Death													
माता का नाम/Name of Mother													
माता का आधार नं. / Aadhaar No. of Mother :	x	x	x	x	x	x	x	x					
पिता का नाम/Name of Father													
पिता का आधार नं. / Aadhaar No. of Father :	x	x	x	x	x	x	x	x					
पति/पत्नी का नाम/ Name of Husband/Wife													
पति/पत्नी का आधार नं. /Aadhaar No. of Husband/Wife :	x	x	х	х	х	х	х	x					
मृतक का मृत्यु के समय का पता/ Address of the deceased at the time of death:	मृतक का स्थायी पता / Permanent address of the deceased:												
पंजीकरण संख्या/Registration No : पंजी	करण दि	नांक	/Da	ite o	f Re	gistr	ation						
टिप्पणी/Remarks (if any) जारी करने कि तिथि /Date of issue :		Ŋ.	मधिव	कारी	के ह	स्ताक्ष	ार/S	ignat	ure c	of the	issui	ng authori	ty

प्रत्येक जन्म एवम् मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें / Ensure registration of every birth and death

मोहर/Seal

प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority

FORM NO.7

(See rule 12) BIRTH REGISTER Legal information

This part to be added to the Birth Register

	To be filled by the informant
1.	Date of Birth:
2.	Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):
3.	Child's Details (If not named, leave blank):-
(a) (b)	Name, if any: First Name Middle Name Last Name
767	Aadhaar No. (if available):
4. (a)	Father's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email Id:
5.	Mother's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b) (c)	Aadhaar No. (if available):
(d)	Email Id:
6.	Address of parents at the time of Birth of the Child: House No:
0.	Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District:
-	State or Union Territory: PIN Code:
7.	Permanent address of parents: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District:
	State or Union Territory: PIN Code:
8.	Place of birth(Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the birth took place):
	1.Hospital/Institution Name :
	2. House 3. Other place Address :House No:
	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:
	State or Union Territory: PIN Code:
9. (a)	Informant's Details: Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email Id:
(e)	Address: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District:
	State or Union Territory: PIN Code:
DECLA	RATION:
	re furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting
false in	nformation. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other
	es, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication. ompleting all columns 1 to 22.
informa	nt will put date and signature)
Date:	D D - M M - Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant
	To be filled by the Registrar
Registr	ation No. :
me-Swame	ation Date: DD - MM - YYYY
Registr	ation Unit :
	Village:
Sub-Dis District:	2007/00/00
500000000000000000000000000000000000000	ks (if any):
14/09/09/09/09	neprotos somo entre
Name	and Signature of the Registrar
THURST C	and organization of the regional

FORM NO.8
(See rule 12)

DEATH REGISTER

Legal information
to be added to the Death

	This part to be added to the Death Register
0.00	To be filled by the informant
1.	Date of Death:
Sec. 10	Deceased's Details:-
30,000,000	Name: First Name Middle Name Last Name
	Aadhaar No. (if available):
(618/500) 34	Date of Birth (if available):
200 m	Age:
3.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):
100 Miles	Mother's Details:-
	Name: First Name Middle Name Last Name
30000	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
	Email Id:
32352m	Father's Details:-
10.00	Name: First Name Middle Name Last Name
	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email Id:
	Spouse's (husband / wife) Details:-
100	Name: First Name Middle Name Last Name
400	Aadhaar No. (if available):
35050 (4	Date of Birth (if available):
	Age (in completed years):
	Mobile No:
(f)	Email Id:
	Address of the deceased at the time of death: House No:
	Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:
	State or Union Territory: PIN Code:
	Permanent address of the deceased: House No:
	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:
	State or Union Territory: PIN Code: District.
	Place of death (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the death took place): 1.Hospital/ Institution Name:
	Note and a second
	State or Union Territory: PIN Code:
10.	Informant's Details:-
450000000000000000000000000000000000000	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No.(if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email Id:
	Address :House No.:
	Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:
aware of 2023) for	ATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial
authentic	
☐ To the	best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not available.
(After as	mpleting all columns 1 to 21.
	t will put date and signature)
Date:	D D - M M - Y Y Y Y Signature or
-	left thumb mark of the informant
Dogistret	To be filled by the Registrar
Registrati	ion No. :
Registrati	on bate.
Town / Vi	illage: Sub-District: District:
Remarks	(if any):
Cause of	death (As per Form 4 / 4A):
Name an	d Signature of the Registrar

FORM NO.9

(See rule 12)

STILL BIRTH REGISTER

Legal information

This part to be added to the Still Birth Register

	To be filled by the informant
1.	Date of Birth:
2.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):
3.	Father's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email Id:
4.	Mother's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c) (d)	Mobile No: Email Id:
(4)	
5.	Place of birth (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the birth took place): 1.Hospital/Institution Name:
	2. House 3. Other place Address: House No. Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:
6. (a)	Informant's Details: Name: First Name Middle Name Last Name
(b) (c) (d)	Aadhaar No. (if available): Mobile No: Email Id:
(e)	Address: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:
the Registr under Aadh identity by v	TION: Irnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of ration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, haar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating way of Aadhaar authentication. Deleting all columns 1 to 12, will put date and signature)
Date:	D D - M M - Y Y Y Y Signature or
	left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar
Registration	
Registration Registration	
Town / Villa	age:
Sub-District	t:
District:	
Remarks (if any):
Name and	Signature of the Registrar

(See rule 13)

NON-AVAILABILITY CERTIFICATE

(Issued under Sect	ion 17 of the l	Registration of	f Births &	Deaths Act.	1969	(amended in 2	2023)

,	, e	cation of Births & Deaths Act, 1969 (a ade on the request of Shri/Smt./Kum	,,
son/wife/daughter	of	in the regis	stration records for the year(s)
	relating to (Local area)		of (Sub-District)
and found that th	e event relating to the birth/ was not registere	<i>trict)</i> of (death ofd.	son/daughter of
Date:	- m m - y y y y		
<u> </u>			Signature of issuing authority
			Seal
	GOVT. OF NATIONA	AL CAPITAL TERRITORY OF D	ELHI
	FOR	M No. 11 (See rule 14)	
		ONTHLY REPORT OF BIRTHS	
Report for	the Month of:		
2. District:			
3. Town/ Vil	lage.		
4. Registration			
9	Births Registered during the mor	ath:	
Male	Female	Transgender Person	Total*
(1)	(2)		(1+2+3)
(1)	(2)	(3)	(1+2+3)
6. Time Gap in B	irth registration:		
-	n Time limit (21 days) of their of	occurrence:	
	than 21 days but within 30 days		
	than 30 days but within one year		
	one year of their occurrence:	if of their occurrence.	
	- $b + c + d$):		
•	•	utistical part of Birth Report Forms (F	form No. 1) attached with this
monthly report.	id be equal to the number of sta	uistical part of birth Report Forms (F	orni No.1) attached with this
			Signature and Name
			of the Registrar
Date: d d	- m m - y y y y		
- u u	- m m - y y y y		

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM No. 12(See rule 14) SUMMARY MONTHLY REPORT OF DEATHS

1.	Repor	t for the Mon	th of:			Year						
2.	Distri	ct:										
3.	Town	/ Village:										
4.	Regis	tration Unit:										
5.	Detail	s of Deaths R	Registere	d durii	ng the Mo	onth:						
		ng all Infant dea & Maternal Dea		Infan	ts Deaths (A	Age less than one	year)	Child		ge one year or mo n five years)	ore but	Maternal
Male	Female	Transgender Person	Total*	Male	Female	Transgender Person	Total	Male	Female	Transgender Person	Total	Deaths
6. Tin	-	Death regist Vithin Time li										
Note:	(b) M (c) M (d) A Total ³ Infant an	Nore than 21 of the fore than 30 of the fore year $(a + b + c + d)$ Child Deat	days but days but of their d): hs & Ma	within within occurr	30 days one year ence:	of their occur of their occu nould also be istical part of	rrence: include	ed in the		form No.2) at	tached ^s	with this
month	nly report					1		1	`	,		
										Sig		and Name
Date :	1	1		I I							or the	Registrar
Date.	d	d - m 1	n - y	УУ	У							
	Subi	mitted to the	Chief Re	gistrar	/District	Registrar						
		(FOR	L CAPITAL M No. 13 (Se THLY REPO	e rule i	<i>14</i>)				
1.	_	t for the Mon	ith of:			Year :						
2.	Distri											
3. 4.		/ Village:										
4. 5.	•	tration Unit: r of Still Birtl	he Ragie	torod d	luring the	month:						
<i>J</i> .	Male			nale			sgende	r Perso	m		Total*	
	(1)			2)		11411	(3)	I I CI SC	,11		1+2+3)	
6.	(a) V(b) M(c) M(d) A		imit (21 days but days but of their	days) o within within	30 days one year	ecurrence: of their occur of their occu						
* this m	Total onthly re	-	ual to th	e numl	per of sta	tistical part o	f Still E	Birth Re	eport For	ms (Form No	.3) atta	ched with
	j	•								Sig		and Name Registrar
Date :												

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

Form No. 14 (See rule 9)

Format of Self-attested document for <u>Delayed Reporting of BIRTH / DEATH</u> under Section 13(2) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023)

DECLARATION

,son/da			,resident	of
I am the informant for the delayed reporting deceased)son/daughter/spouse or				hild /
2. He / she was born / died on(date of birth / deadeath);	th)		at (place of	birth /
3. He / she was attended at birth /death by	who	resides at	;	
4. The reason(s) for the delay in report	rting of hi	s / her	birth /death	are
5. His / her birth / death certificate is required for the purpose of DECLARATION:				and no
birth $\it /$ death certificate has been issued in this respect, to the $\it b$				
			Name and Signa	ature or
		thun	nb mark of the inf	ormant
	Date	D D -	M M - Y	Y Y Y

Notes:

- 1. Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.
- 2. Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].
- 3. Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.

Form No. 15 (See rule 16 A)

FORM FOR APPEAL

(To be submitted to District Registrar / Chief Registrar) (under Section 25(A) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023))

1. Aggrieved by an action or order of: Registrar / District Registrar or any officer authorized to act as Registrar / District Registrar (details of office to be provided as below)

State	District	Sub-District	Village/Town	Locality	RU ID	Name of			
						Registrar / Distt. Registrar or any officer authorized to act as Registrar / District Registrar			
2. Account of Event Leading to appeal with date and order no. etc.									
(Provide a	detailed acco	ount of the occur	rence, use attachr	nents, if neo	cessary)				
DECLAR	ATION:								
☐ I have fu	rnished true	information to the	he best of my kno	wledge and	belief.				
						(Signature of the appellant)			

Date

D D - M	М -	YY	YY
---------	-----	----	----

Appellant details:

Name	Address	Aadhaar no.	Email Id	Mobile No.

Notes:

- 1. Please retain a copy of this form for your own records.
- 2. Appeal, if any, must be submitted to District Registrar / Chief Registrar within a period of 30 days from the date of such action or receipt of such order with which the person is being aggrieved.
- 3. Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.
- 4. Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].
- 5. Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.".

By Order and in the Name of the Lt. Governor of the National Capital Territory of Delhi,

GANESH SINGH RAWAT, Director & Chief Registrar (Births & Deaths)